FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 **THÈSE** N° 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Mai 1883, à 1 heure

PAR Mme MARY WAITE (NÉE TREGASKIS),
Née à Willoughby Bay, Antigua (Indes Occidentales), le 2 décembre 1846.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. TRÉLAT, *professeur*.
Juges : MM. { VERNEUIL, *professeur*. DIEULAFOY, MONOD, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BÉCLARD.

Professeurs .... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique,
Membre de l'Académie de médecine,
Ancien Président de la Société de chirurgie,
Membre du Conseil de salubrité,
des Sociétés anatomique, d'anthropologie, de médecine légale,
de médecine publique, etc.

A MES PREMIERS MAITRES

M. LE DOCTEUR Léon LABBE

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Ancien Président de la Société de chirurgie,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR L. DESNOS

Médecin de l'hôpital de la Charité,
Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre de la Société anatomique de la Société clinique, etc.

AVANT-PROPOS.

Nous ne voulons pas présenter notre thèse de doctorat sans profiter de l'occasion qui nous est ainsi donnée, pour exprimer notre reconnaisance envers tous ceux qui nous ont témoigné un intérêt bienveillant pendant le cours de nos études, ou qui ont bien voulu nous aider dans nos recherches sur le sujet particulier qui nous occupe dans ce travail.

Qu'il nous soit permis de nommer spécialement nos maîtres MM. les Drs Trélat, Léon Labbé et Desnos, ainsi que M. le Dr Théophile Anger, et MM. les professeurs F. Terrier, Ch. Monod, Budin, Reclus et Bouilley qui nous ont signalé soit des indications bibliographiques, soit des cas personnels.

Nous devons également nos remerciements les plus cordiaux à M. le Dr A. Chereau, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris, qui a eu la bonté de mettre à notre disposition un très grand nombre d'indications bibliographiques, recueillies par lui pour un travail personnel déjà publié, et qui, de plus, a beaucoup facilité nos recherches à la bibliothèque de la Faculté, non seulement par l'intérêt sympathique qu'il a montré pour notre œuvre, mais aussi en nous donnant ses conseils et même en nous prêtant son aide, dans des cas où nous avons eu quelque difficulté à trouver les renseignements nécessaires.

En notre pays nous devons nos remerciements surtout à M. Lawson Tait, chirurgien du Birmingham and Midland Hospital for Women, aux Drs T. Lawrie Gentles, de Derby,

et W. Stewart, de Glasgow, à M. Knowsley Thornton, chirurgien dn Samaritan Hospital, à Londres, et d'une manière toute particulière à M. Thomas Smith, chirurgien de Saint-Bartholemew's Hospital, pour la grande bonté avec laquelle il nous a facilité l'entrée du Musée de cet hôpital, où nous avons pu voir une pièce d'une valeur démonstrative très grande.

Nous voudrions, enfin, pouvoir exprimer mieux que nous ne pouvons le faire, notre profonde gratitude envers cette Faculté de Paris, qui a été depuis tant d'années le point central de notre vie d'élève. Elle nous a ouvert ses portes alors que les facilités pour l'étude des sciences médicales n'existaient pas encore pour nous dans notre propre pays, et à sa libéralité nous devons tout un passé d'heureux travail, et l'espérance d'un avenir dans lequel notre ambition sera de nous montrer digne du titre qu'elle nous confère aujourd'hui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Il y a déjà plusieurs années que notre attention a été particulièrement dirigée, pour la première fois, par notre maître et président de thèse, M. le professeur Trélat, au sujet de la guérison spontanée des kystes de l'ovaire, par rupture de leurs parois, et évacuation de leur contenu soit dans la cavité péritonéale, soit au dehors, par les voies naturelles.

Le sujet nous a beaucoup intéressé, et nous aurions voulu l'étudier d'une manière plus complète que nous n'avons pu le faire. Mais le phénomène de la rupture des kystes de l'ovaire peut être envisagé à des points de vue si nombreux, et il comporterait une étude approfondie qui dépasserait tellement notre compétence, que nous nous sommes très vite aperçue de la nécessité qu'il y avait de nous limiter strictement à la considération d'une petite partie seulement du sujet.

Nous n'avons, disons-le tout de suite, la prétention de rien avancer de nouveau. Nous avons simplement voulu examiner quelques-unes des théories qui ont été déjà émi-

ses sur cette question, et dont plusieurs sont encore à l'épreuve, pour essayer ensuite de tirer de cette étude quelques conclusions pratiques.

Nous avons pris, de préférence, nos exemples parmi les cas récents, qui ont paru dans les journaux de médecine français et étrangers depuis la publication des travaux de M. le professeur Terrier et de M. Nepveu. Nous n'avons pas, cependant, hésité à remonter jusqu'à l'année 1776 pour une observation clinique qui nous a semblé présenter un intérêt particulier. Il nous aurait été facile de multiplier ces observations, mais nous n'en avons pas vu l'utilité. Nous avons été asssz heureuse pour trouver, soit dans les journaux étrangers, soit dans les compte-rendus de recherches d'une haute valeur, récemment faites en France, quelques cas très démonstratifs, et il nous a paru superflu d'y ajouter d'autres de moindre importance.

La rupture des kystes de l'ovaire a déjà été, comme nous venons de dire, l'objet d'une étude spéciale de la part de plusieurs auteurs en France et à l'étranger. Parmi les travaux les plus récents, nous citerons ceux de M. le professeur F. Terrier (1), de M. Gallez (2), de M. Nepveu (3), et de M. Quénu (4). Ces auteurs ont pu rassembler environ 200 cas, et ils ont tous fait ressortir le haut intérêt pratique que présente le sujet, et en ont déduit un certain nombre

(1) Kyste uniloculaire de l'ovaire ouvert dans le gros intestin ; in Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877, p. 830.

(2) Histoire des kystes de l'ovaire. Mémoire couronné par l'Académie royale de Belgique, au concours de 1868-1870.

(3) Rupture des kystes de l'ovaire, publié d'abord dans les Annales de gynécologie, juillet 1875, et ensuite, augmenté dans les Mémoires de chirurgie, de Nepveu, 1880.

(4) Les kystes non dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1881.

de conclusions à propos de la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en face de pareils cas.

Si le sujet est cependant encore assez nouveau, ceci est dû à ce que la rupture des kystes de l'ovaire est une chose relativement rare, car il y a disproportion énorme entre le nombre de femmes atteintes de ce genre de maladie, et ce chiffre de 200 ou un peu plus, qui représente les cas où cette terminaison a pu être notée. Il est vrai qu'il y a en probablement beaucoup d'autres cas qui n'ont pas été rapportés, soit parce que la nature de l'accident a été méconnue par les médecins, soit parce que l'absence de phénomènes consécutifs graves a fait que les femmes n'ont pas demandé intervention ou secours.

Quant à la première de ces deux raisons, elle n'existe probablement plus aujourd'hui, puisque ces faits, quoique rares, sont certainement connus en théorie au moins, par tout médecin; mais les anciens auteurs n'ont évidemment pas compris la nature des cas de ce genre qu'ils ont vus. Ils nous ont laissé l'histoire complète et détaillée de quelques-uns, qu'ils ont considéré comme des ascites, ou bien comme des hydropisies enkystées, guéries sans rupture du kyste. Nous citerons, à l'appui de ce que nous disons, les paroles de Camus à ce propos.

« Les recherches que j'ai pu faire, dit cet auteur, me permettent d'établir que les auteurs anciens n'ont pas reconnu la rupture des kystes abdominaux. Quand on parcourt les observations qu'ils nous ont laissées, on est frappé de la confusion qui règne dans la détermination de cette maladie; on trouve, par exemple, décrites dans le même chapitre les hydropisies de matrice et les hydropisies du ventre; bien rarement ils établissent le diagnostic de l'ascite et de l'hydropisie enkystée. Cette confusion ex-

plique comment l'accident dont nous nous occupons maintenant a pu passer inaperçu » (1).

Camus fait exception cependant pour Morgagni, qui a très certainement saisi la vraie signification des symptômes qu'il a notés, et, d'après Morgagni, Wepper les aurait aussi interprété selon leur sens vrai.

Notre maître, M. Trélat nous a dit que Cruveilhier, dans une séance de la Société anatomique, insistait sur ce fait, que les kystes de l'ovaire peuvent se rupturer spontanément et absolument en dehors de tout acte chirurgical. M. Trélat nous a fait remarquer, à ce propos, qu'à cette époque le phénomène était étudié seulement par les anatomo-pathologistes, et que les notions que cette étude leur avait fournies n'avaient pas encore reçu d'application au point de vue de la pratique chirurgicale.

Pour notre seconde hypothèse, à savoir la possibilité de l'existence de cas de rupture qui ont échappé à l'observation par la légèreté des accidents consécutifs, nous avons un certain nombre de faits bien constatés, où il y a eu péritonite très légère (e. g. les cas de Platzer, Tilt, Boyer, cités par Nepveu) ou même absence complète de phénomènes inflammatoires (Hirsch Carson, même auteur). Nous rapportons nous-même dans le courant de ce travail des faits semblables. Un ovariotomiste expérimenté, le docteur Knowsley Thornton, nous a même exprimé l'opinion que dans la majorité des cas ces phénomènes manquent entièrement, et « la patiente ne s'aperçoit même pas de l'accident. » Cette opinion semble peut-être un peu surprenante et M. Thornton a pris soin d'ajouter que ceci dépendait de la nature du liquide évacué par le kyste dans le péritoine.

(1) Des ruptures des kystes ovariques. Mémoire lu à la Société de médecine de Paris ; in Revue médicale, novembre 1844.

Ici tout le monde sera d'accord, sans doute, avec lui. En effet, dans les cas où la rupture a été suivie par nne péritonite suraiguë et généralisée, se terminant par la mort de la femme, on a noté l'existence de liquide non séreux, présentant des degrés variés de consistance et de coloration, tandis que dans les antres, où les phénomènes inflammatoires ont été peu marqués ou nnls, le liquide paraît avoir été, au moins dans la très grande majorité des cas, simplement séreux. Nous reviendrons, plus tard, sur cette question.

Il ressort de l'étude des différentes opinions qui ont été émises sur ce sujet, que les pathologistes étaient d'accord, il y a quelqnes années, pour attribuer à l'accident dont nous parlons un pronostic absolument opposé, suivant qu'on avait affaire à nn kyste d'origine vraiment ovarique, ou à un kyste parovarien.

Pour les premiers, ce pronostic était très grave, tandis que, pour la seconde catégorie de cas, il était d'une bénignité extrême. Les indications se trouvaient également modifiées, suivant qu'on considérait l'une ou l'autre variété de kystes.

Heureusemnet pour eux, ces auteurs se croyaient en même temps en possession de données absolument précises, leur permettant de faire le diagnostic différentiel rigoureux et toujours exact des kystes extra-ovariques et ceux de l'ovaire proprement dits.

Examinons, pour un instant, les bases sur lesquelles étaient fondés et le diagnostic et le pronostic qui en découlaient.

En premier lieu, nous observons qu'on avait depuis longtemps affirmé et répété, que les liquides provenant de ces deux espèces de kystes présentaient des caractères qui

les différenciaient nettement les uns des autres, et qui étaient invariables pour une même espèce. Ces caractères étaient tirés de la composition chimique des liquides, et de leur qualité physique de consistance et de coloration. Ainsi on disait que les liquides ovariens étaient toujours plus épais, plus colorés, plus complexes et plus irritants pour le péritoine que les liquides extra-ovariens ; ces derniers, au contraire, étaient considérés comme étant sans exception d'une simplicité de composition et d'une innocuité parfaites.

A ces caractères physiques et chimiques on avait ajouté, vers l'année 1873, un autre, tiré de l'examen histologique des liquides. Le Dr Drysdale, en Amérique, avait cru constater dans les liquides vraiment ovariques, et dans ceux-là seulement, des petits corps auxquels il donna le nom de « cellules granuleuses ovariennes (1) ». Tout liquide qui,

(1) Voici la description de ces corps par le Dr Drysdale lui-même ; cette description se trouve dans l'ouvrage du Dr W.-L. Atlee, de Philadelphie, intitulé : « Diagnosis of ovarian Tumours ». Le chapitre 24 de cet ouvrage a été écrit par le Dr Drysdale, et porte le titre suivant : « Analyse chimique et examen microscopique des liquides hydropiques de l'abdomen » (éd. 1873, p. 458).

« La cellule granuleuse des liquides ovariens est ordinairement sphérique, mais quelquefois légèrement ovoïde. Elle est très délicate, transparente, et contient des granulations fines, mais elle ne présente pas de noyau. Les granulations ont un contour nettement défini. Ces cellules diffèrent entre elles beaucoup, au point de vue du volume, mais leur structure est toujours la même. On en trouve parfois qui n'ont que le 1/5000e d'un pouce de diamètre, et il en existe d'autres qui atteignent le 1/2000e d'un pouce. J'en ai même vu de plus grandes encore, mais le diamètre de celles qu'on rencontre ordinairement est à peu près égal à celui d'un leucocyte.

« Quand on traite ces cellules par l'acide acétique, les granulations deviennent plus distinctes, tandis que la cellule elle-même devient plus transparente, sans cependant que son aspect soit autrement changé. On peut ainsi la distinguer des globules du pus, des globules

examiné au microscope, présentait ces cellules, il le considérait comme provenant certainement, et sans possibilité d'erreur, d'un kyste de l'ovaire, et non pas d'un kyste parovarien, encore moins de toute autre collection hydropique. Ce signe fut admis pendant quelque temps comme

blancs du sang, des globules de la lymphe et de tout autre corps qui pourrait lui ressembler. Les différentes cellules qui viennent d'être nommées présentent, en effet, souvent, une apparence granuleuse, mais les granulations ne sont pas si nettement définies que dans la cellule granuleuse trouvée dans les cas de maladie ovarienne. Ceci est expliqué par l'opacité relative de ces autres cellules. Quand on place la cellule granuleuse de la maladie ovarienne à côté du leucocyte, sous le microscope, la différence est très évidente. Outre l'opacité qui distingue les cellules d'une autre provenance, nous voyons fréquemment leur paroi plutôt plissée que granuleuse. De plus, à l'état frais, on y trouve souvent un corps qui ressemble à un noyau.

« Dans tous les cas où le doute pourra exister quant à la nature de la cellule, l'addition de l'acide acétique fera disparaître ce doute, car si c'était un globule de pus, ou une autre quelconque des autres cellules déjà nommées, elle augmenterait de volume, sous l'influence de l'acide, et elle deviendrait en même temps très transparente, en laissant voir des noyaux variant en nombre de 1 à 4. Si, au contraire, c'était une cellule granuleuse ovarienne, l'acide n'aura d'autre effet que d'augmenter la transparence, et de montrer plus distinctement les granulations

« Je considère cette cellule granuleuse ovarienne comme pathognomonique de l'hydropisie de l'ovaire, et j'ai rarement manqué de la trouver dans ce liquide, excepté dans quelques-uns de mes premiers cas, où elle existait probablement malgré que je n'ai pu constater sa présence sans doute par défaut d'habitude dans cette recherche.

« La *cellule granuleuse* de Paget et autres, le *corpuscule inflammatoire* de Gluge, se trouve quelquefois dans ces liquides, et on pourrait la prendre pour la cellule granuleuse ovarienne. Il n'est cependant pas difficile de les distinguer l'une de l'autre. La cellule de Gluge est ordinairement beaucoup plus grande et plus opaque que la cellule ovarienne et elle présente l'aspect d'une réunion de très petits globules graisseux, quelquefois entourés d'une membrane et quelquefois libres. Les granulations sont moins fines, et elles varient beaucoup en volume. Celles de la cellule ovarienne sont plus uniformes et très petites.

présentant une grande valeur diagnostique. M. Knowsley Thornton, de Londres, dans deux articles publiés dans le Medical Times and Gazette du 10 avril 1875, et du 13 mai 1876, donnait la description sommaire de la cellule de Drysdale. Le Dr Goodell, de Philadelphie, dans un mémoire lu dans une séance de la Société obstétricale de cette ville en février 1881, en rapportant l'histoire d'un cas où il y avait en rupture du kyste, admettait la valeur pathognomonique de ce signe. Nous verrons, plus loin, quelle est l'opinion généralement admise, à l'heure qu'il est.

Un peu plus tard, au commencement de 1875, les Drs Keith et Foulis, d'Edimbourg, et le Dr Knowsley Thornton, de Londres, affirmaient avoir observé et décrit les premiers, certains groupes de cellules épithéliales qu'ils avaient trouvés dans des kystes ovariens, et qui avaient une tendance marquée à la prolifération exagérée et même à la généralisation (1). Ils avaient remarqué dans plusieurs

Un autre moyen de décider la question est de les traiter par l'éther. La cellule granuleuse ovarienne est à peine affectée; on voit tout au plus pâlir ses granulations, tandis que la cellule de Gluge perd son aspect granuleux, et quelquefois disparaît entièrement, par dissolution de son contenu dans l'éther. »

(1) Dans une thèse soutenue à Paris en 1881, l'auteur, M. Quénu affirme la connaissance antérieure des végétations dont nous avons parlé, par des auteurs plus anciens qu'il cite. Voici ce qu'il dit :

« Cruveilhier a très bien remarqué que les végétations ou productions mammelonnées, tantôt petites comme une framboise, tantôt du volume d'une orange, se rencontraient dans les kystes uniloculaires; il en a même fait une espèce de kystes, qu'il appelle kystes uniloculaires végétants. Scanzoni a observé de petites formations kysteuses au sommet ou dans l'épaisseur d'excroissances. Lebert a étudié la structure des végétations, il les a trouvées composées d'éléments épithéliaux ou fibro-cystiques. Les végétations en choux-fleurs ne sont que l'exagération de petites saillies microscopiques qu'on peut trouver dans la plupart des kystes multiples; leur développement a une grande importance pour la pathogénie de ceux-ci. » (Thèse de Paris, 1881, p. 17.)

cas, sur la surface du péritoine, des nodules identiques dans leur structure histologique avec les groupes des cellules que présentaient, dans ces cas, les parois internes du kyste. Le Dr Foulis, dans un mémoire lu devant la « Medico chirurgical Society » d'Edimbourg, le 3 février 1875, (« Edinburgh medical journal », tome XX, page 840), donnait l'histoire de deux cas qu'il avait observé dans la clientèle du Dr Keith à la fin de l'année précédente, et M. Knowsley Thornton présentait à la « Pathological Society » de Londres, le 16 mars de la même année, un kyste qui avait été opéré par sir Spencer Wells un mois auparavant, et qui présentait sur sa surface interne de ces excroissances (Medical Times and Gazette du 3 avril 1875). D'après ces auteurs, rien de semblable ne se trouvait dans les kystes parovariens. Pour ne citer qu'un seul nom, M. Knowsley Thornton disait, dans un article publié dans le « Medical Times and Gazette » du 10 avril 1875, dans lequel il étudie les questions du pronostic et les indications dans ces cas : « Les parois des kystes extra-ovariens.... ne donnent jamais naissance, autant que j'ai pu voir, à des proliférations de leur surface interne. »

Pour les ovariotomistes qui s'étaient occupés de ce côté histologique du sujet, les malades qui portaient des kystes contenant ces proliférations épithéliales, ne présentaient souvent aucun signe propre à faire soupçonner l'existence de cette complication. Ainsi, dans un cas déjà cité, le Dr Foulis assure qu'il n'y eut pas lieu de soupçonner une tendance à la généralisation même à la veille, presque, de la mort de la femme (1). Le seul moyen de la constater était donc d'examiner le liquide.

(1) Voyez l'observation de ce cas à la page 64 de cette thèse (observation IX).

On prévoit le parti qu'on a pu tirer de tout ceci au point de vue de l'indication opératoire, et ceci non seulement après que la rupture eut eu lieu, mais aussi comme mesure prophylactique. Puisqu'on se croyait en mesure de distinguer avec certitude, d'après les caractères du liquide, les kystes extra-ovariens des kystes vraiment ovariques ; puisque d'autre part les vrais kystes de l'ovaire et eux seuls paraissaient avoir la propriété de propager au loin des néo-formations épithéliales qui, une fois arrivées dans la cavité péritonéale, se greffaient sur le péritoine et s'étendaient sur sa surface, et même jusqu'aux viscères abdominaux, on se trouvait amené à la conclusion très simple et très naturelle, qu'il fallait, dans tous les cas de kyste de cette région, faire une ponction exploratrice, et examiner le liquide ainsi obtenu, pour savoir si on avait affaire à l'une ou à l'autre de ces deux variétés. Si on trouvait un liquide limpide incolore, de densité très faible (1,006, Méhu (1)), ne se coagulant pas par la chaleur, etc., il n'y avait rien à craindre : le liquide venait sûrement, disait-on, d'un kyste du ligament large, et non pas de l'ovaire, et par conséquent, selon les idées universellement admises, il était de nature absolument inoffensive pour le péritoine, de sorte que même dans le cas où il surviendrait une rupture, il n'y aurait pas de danger, pas même de péritonite légère, et quant à la généralisation, il n'y avait pas lieu d'y penser. En outre, comme les kystes du ligament large disparaissaient très souvent à la suite d'une première ponction, l'intervention par une opération grave semblait, à tous les points de vue, contre-indiquée.

Dans les cas, au contraire, où on trouvait les carac-

(1) Etude sur les liquides extraits des kystes ovariques, in Archives générales de médecine, septembre 1881.

tères attribués exclusivement aux kyste ovariens, le pronostic devenait immédiatement moins certainement favorable, et il fallait, en plus, s'assurer que le liquide obtenu par la ponction ne contenait pas de ces amas de cellules épithéliales. Si on en trouvait, surtont s'il n'y avait pas de complication d'ascite, on encore, même avec de l'ascite, si on trouvait les petits groupes cellulaires seulement dans le liquide du kyste lui-même, il n'y avait pas deux lignes de conduite : la seule qui convenait était l'opération immédiate.

Dans les cas où on se trouvait en face d'une rupture du kyste, avec épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale, la conduite à tenir variait suivant les circonstances.

D'abord, dans les cas de ruptnre de kystes ovariens sans végétations, l'opération était déjà indiquée, avons-nons dit, au moins pour beaucoup de chirurgiens, par le fait même de l'épanchement de liquide irritant dans la cavité péritonéale, en supposant toujours que la rupture était récente ; le contact de ce liquide avec la séreuse abdominale constituant une menace de péritonite grave, et même mortelle.

La présence des groupes de cellules dont nous avons parlé donnait un caractère encore plus positif d'nrgence à cette indication. Si les proliférations épithéliales étaient restées jusqu'alors limitées à l'intérieur de la cavité kystique, il ne serait pas difficile en même temps de débarasser le péritoine de cette double source de danger.

Mais si la rupture était déjà ancienne, ou même sans que cet accident soit arrivé, si la malade était atteinte d'ascite considérable, il était probablement déjà trop tard Le Dr Foulis dans un second mémoire présenté à la séance du

7 juillet 1875, de la Medico-chirurgical Society d'Edimbourg, s'exprimait ainsi, à ce propos (1).

« Il est un fait d'une haute importance, à savoir que les tumeurs ovariennes d'espèce maligne sont généralement entourées de liquide ascitique, et si ce liquide ascitique se trouve légèrement coloré par du sang, cette circonstance doit éveiller des soupçons. Les liquides ascitiques devraient toujours être examinés au microscope..... Il peut ne pas y avoir des signes de cachexie, et malgré cela, en examinant le liquide de l'ascite, il arrive qu'on trouve une foule de ces petites masses de cellules végétantes, et qu'à l'autopsie on voit une énorme tumeur *sarcomateuse* (expression propre du D[r] Foulis), adhérant au pelvis, et des végétations sarcomateuses secondaires sur le péritoine (2). Mais, d'un autre côté, quoique ce soit vrai que ces tumeurs malignes sont généralement entourées de liquide ascitique, il n'est pas vrai que toutes les tumeurs ovariennes entourées de liquide ascitique sont malignes.

De ceci découle la nécessité, dans chaque cas, d'un examen soigneux du dépôt que donne le liquide de l'ascite. Quelques observateurs ont prétendu que l'examen du liquide retiré par la ponction des kystes ovariens eux-mêmes nous éclairera souvent sur la nature maligne de la tumeur, mais je demande la permission d'attirer l'attention sur ce fait, que la plupart des tumeurs malignes de l'ovaire sont à moitié solides, et de plus, il est rare qu'on trouve, dans ces cas, un kyste suffisamment développé pour une ponction. C'est au liquide de l'ascite que nous devons nous adresser, dans les cas douteux.

(1) Edinburgh Medical Journal, tome XXI, p. 168.

(2) Le second cas rapporté par M. Foulis rentre absolument dans cette catégorie de faits. (Voyez page 64 de cette thèse.)

« Il reste pour des observateurs futurs, à décider la question si oui ou non les petites masses de cellules végétantes peuvent quelquefois se tronver dans le liquide ascitique entourant d'autres tumeurs malignes, par exemple celles de l'épiploon, du péritoine, etc., où il existe, èn grande qnantité, dn tissn conjonctif fibreux, et je profite de cette occasion pour demander à des médecins, d'examiner le liquide ascitique au microscope, chez tous les malades, hommes et femmes, dans le but de décider cette question. »

Dr Keith, qui réclame très généreusement ponr le Dr Fonlis l'honneur qu'on avait accordé à lui-même et à M. Knowsley Thornton, de priorité dans la déconverte de ces végétations, résume la qnestion dans les paroles suivantes :

« Nous savons aujourd'hui, que, dans certains cas où il y a du liquide libre dans le péritoine, en même temps qn'une tumenr ovarienne, il n'y a aucune utilité à opérer; et que, dans certains autres cas, au contraire, nous ne pouvons pas y mettre assez d'empressement. Nous savons, enfin, qu'il y a des cas danslesquels nous ponvons prévoir une recrudescence d'affection abdominale après opération. »

On voit qu'il y avait beaucoup de netteté et de précision dans cette manière d'envisager la question. Malheureusement les choses n'ont pu rester à cet état de simplicité. Il y eut d'abord des désillusions sur les caractères généraux et différentiels des liquides. On s'était heurté contre des cas qui allaient en se multipliant, de liquides absolument ovariques qui étaient cependant clairs et limpides, et d'autres, non moins surement parovariens, donnant tous les caractères physiques voulus des liquides dits ovariens. Les caractères chimiques se montraient également

variables. Il n'y avait jusqu'à l'analyse spectrale des liquides qui ne devenait infidèle comme moyen de classification, après avoir, pendant quelque temps, semblé se prêter à une différenciation exacte. Enfin, sur le sol même qui lui avait donné naissance, on commençait à douter de l'existence de la petite cellule pathognomonique de Drysdale. On avait trouvé, il est vrai, le corps décrit par cet auteur, mais, outre le fait que plusieurs observateurs différaient entièrement d'opinion avec le Dr Drysdale, quant à la nature de ce corps en tant que cellule, on s'accordait de plus en plus à lui refuser toute valeur diagnostique. On l'avait trouvé dans beaucoup d'autres liquides, par exemple dans des kystes de l'épiploon, du mésentère (Thornton) de la rate et dans les tumeurs kystiques du cou (Edwards) et ailleurs.

Le Dr Smith, dans une discussion à l'American Society of Gynecology en septembre 1881, disait que le Dr Noggerath, de New-York, avait envoyé de petites quantités de liquide extrait d'une tumeur kystique de la cuisse, à plusieurs gynécologues éminents, et au Dr Drysdale lui-même, et qu'ils avaient tous pu y trouver des cellules dites ovariennes en grande quantité (1). Enfin dans un cas du Dr Atlee, le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été fait à cause de la présence dans le liquide de la cellule de Drysdale, et on procédait à l'opération. Celle-ci donnait un résultat absolument négatif : il n'y avait pas de tumeur (2).

Barnes, dans son ouvrage sur « Les maladies des femmes » (page 424, 2e éd.) dit ceci : « Dans un de mes cas je soumettais un peu de liquide à quelqu'un qui est reputé; et à juste titre, une autorité sur ce point spécial. Guidé par

(1) American Journal of Obstetrics, 1882, tome XV, p. 53.
(2) American Journal of Obstetrics, 1882, tome XV, p. 190.

sa réponse, j'ouvris l'abdomen, croyant que j'allais trouver un kyste ovarien. La chose vraie, c'est que je trouvais une hydropisie péritonéale enkystée. Le Dr Fordyce Barker me dit que « la cellule ovarienne caractéristique » fut rencontrée dans le sac d'une grossesse extra-utérine récemment opérée à New-York (2) ».

Nous avons dit que, pour beaucoup d'observateurs qui admettaient la présence, dans le liquide ovarique, de cette cellule, elle existait tout aussi bien dans d'autres liquides kystiques. Il en était d'autres qui, au contraire, ne pouvaient la trouver dans aucun liquide de l'économie, pas même dans celui des kystes de l'ovaire, ou plutôt qui n'y voyaient qu'un noyau appartenant à une vieille cellule épithéliale ordinaire, dégénérée. Cette opinion a été formulée en présence du Dr Drysdale lui-même, dans une séance de l'assemblée annuelle de la Société américaine de gynécologie, à Boston, en septembre 1882, par M. Knowsley Thornton, et sa manière de penser semble avoir été partagée par la plupart des membres de la Société qui étaient présents. Il exprimait sa conviction qu'il fallait considérer la cellule de Drysdale comme étant simplement une cellule appartenant à la membrane interne du kyste, et en voie de dégénérescence rapide. Il faisait remarquer que le fait qu'on n'obtenait pas de réaction avec les différents agents ordinaires, était contraire à l'idée admise par le Dr Drysdale, à savoir que ce corps était une cellule non encore arrivée à maturité, le protoplasma des jeunes cellules, au contraire, étant extrêmement sensible à l'influence des réactifs.

(2) Barnes donne, à la page 427 de son livre, un dessin d'après Drysdale montrant les différentes espèces de cellules qu'on trouve dans le liquide des kystes de l'ovaire.

Le Dr Edwards, dans un mémoire intitulé : « *La cellule ovarienne est-elle pathognomonique ?* » publié dans « l'American Journal of medical science », en avril 1882, donne le résultat d'une analyse qu'il avait faite de 300 différents liquides provenant de kystes de l'ovaire. Il pense que la cellule de Drysdale est un globule de pus, en voie de dégénérescence. Il a pu la produire artificiellement, en conservant pendant quelque temps, dans des bouteilles, du pus louable provenant d'une plaie d'amputation. Au bout de cinq semaines il y trouva des cellules typiques.

Pour ne pas nous étendre trop longtemps sur cette partie du sujet, nous ne citerons, en terminant, que l'opinion du Dr Garrigues qui, dans un mémoire sur « les ponctions exploratrices de l'abdomen » lu à l'assemblée annuelle de la Société américaine de gynécologie en septembre 1881 (1), disait que « la cellule granuleuse de Drysdale était tout simplement un noyau en dégénérescence graisseuse, et n'avait aucune valeur diagnostique. » L'auteur ajoutait qu'il avait pu suivre quelques-uns de ces noyaux depuis le moment où ils étaient encore contenus dans l'intérieur des cellules épithéliales de la surface interne du kyste.

En résumé : il semblerait que la cellule de Drysdale n'ait pas jusqu'ici fait preuve de son droit de cité parmi les signes diagnostiques des kystes de l'ovaire (2). Peut-être, cepen-

(1) American Journal of Obstetrics, tome XIV, p. 951.

(2) Le docteur Drysdale, dans une discussion à la Société obstétricale de Philadelphie, séance du 3 février 1881, disait qu'il lui était arrivé de ne pas pouvoir trouver la cellule ovarienne dans des liquides de kystes ovariens, mais que de tels faits étaient l'exception et non pas la règle. Il s'expliquait, du reste, ces exceptions de la manière suivante : « Dans les cas, dit-il, auxquels je fais allusion, l'absence des cellules était due à ce que les kystes avaient subi une action inflammatoire qui avait détruit ou modifié la membrane interne du kyste à tel point que,

dant, avant de le lui refuser, serait-il en même temps plus gracieux et plus scientifique de suivre l'exemple du Dr Thornton, qui, dans la séance à laquelle nous venons de faire allusion, terminait ses remarques en disant que, en présence des affirmations renouvelées de l'auteur, malgré qu'il eût déjà apporté, dans ses recherches, tout le soin qu'il avait cru possible, il serait tout disposé à reprendre ces mêmes recherches, et à ne pas considérer la question comme jugée qu'après l'avoir de nouveau examinée.

Nous avons dit que cette impossibilité de faire un diagnostic exact, d'après la nature du liquide, ne se borna pas à de l'incertitude quant à ses caractères histologiques, mais que ses propriétés physiques et chimiques étaient également variables. Nous nous hâtons de nous abriter sous l'égide d'une opinion d'une valeur que personne ne contestera, à savoir celle de MM. Malassez et de Sinéty. Voici comment ces auteurs s'expriment sur ce sujet dans cette partie de leur travail sur les kystes de l'ovaire qui traite du contenu des kystes (1).

« A ne considérer que les caractères extérieurs, disent-

la cellule qui lui est propre cessait de se produire, ou bien était tellement perdue dans la grande quantité de produits d'inflammation qu'elle ne pouvait être distinguée des éléments pyoïdes avec lesquels elle se trouvait mêlée... Mais plus tard, lorsque l'action inflammatoire a disparu, nous pouvons trouver de nouveau la cellule ovarienne, si la surface de laquelle elle dérive n'a pas été détruite. Cette action de l'inflammation, en modifiant les caractères des liquides ovariens, est l'analogue de ce qui arrive quand une surface sécrétante quelconque est attaquée par une inflammation intense, par exemple, dans la bouche, le vagin, etc., dans quels cas, au lieu de trouver les cellules propres aux sécrétions de ces membranes, nous ne trouvons dans le champ du microscope que des globules de pus. »

(1) Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire. (Archives de physiologie, 1881, p. 225.)

ils, les variétés sont nombreuses. Ainsi, au point de vue de la coosistance, nous avons eu des liquides extrêmement fluides, de véritables sérosités, ne donnant aucun fil lorsque le pouce et l'index mouillés par eux et mis en contact étaient eosuite écartés l'un de l'autre. Nous avons observé cette variété dans quelques cavités de kystes plorilloculaires, et dans quatre kystes uniloculaires. Cette grande fluidité n'est donc pas, comme quelques personnes semblent le croire, un caractère propre aux kystes du ligament large, et ne se rencontrent jamais daos ceux de l'ovaire. Il est, par contre, des kystes du ligament large dont le contenu est filant (1).

« Ces faits de liquides non filants dans les kystes ovariques, et de liquides filants dans ceux du ligament large, ne sont pas très fréquents, ainsi que nous l'avons constaté, mais, du moment qu'ils existent, on ne peut prendre la fluidité du liquide comme un signe pathognomonique propre à différencier les kystes de l'ovaire de ceux du ligament large ; elle ne peut servir, dans les ponctions exploratrices, qu'à établir une présomption, et pas autre chose ».

M. Lawson Tait, dans un article sur « le diagnostic des tumeurs ovarieones d'après les caractères des liquides qu'ils contiennent » publié dans le *Lancet* du 7 février 1880, dit ceci :

« Il est à peine besoin de signaler l'importance de cette question pour tous ceux qui pratiquent l'ovariotomie ; et il est inutile de répéter ici, ce que j'ai déjà dit ailleurs, quant au désappointement que j'ai éprouvé dans les résultats de l'examen chimique et histologique des liquides obtenus par ponctioo préliminaire.

(1) Olshansen dit également que tous les kystes du parovarium ne sont pas miloculaires et à contenu fluide.

« Un dernier effort a été fait par mon ami le Dr MacMunn de Wolverhampton pour trouver un aide au dignostic dans le spectroscope. Les détails sont donnés dans son excellent ouvrage snr le spectroscope en médecine, que j'ai maintenant devant moi, et je regrette d'avoir à dire que ses recherches amènent, comme l'ont fait toutes les autres, à un résultat négatif.

« Pour qu'il n'y eût pas possibilité d'erreur, je lui avais envoyé des liquides provenant de tumeurs qni avaient été opérées, de sorte que leur nature était nettement constatée.

« Ses conclusions peuvent être résumées par une note qui se trouve à la page 129 de son livre, et qui est ainsi conçue (1): Les caractères microscopiques et chimiques de ce liquide (ovarien) étaient presque les mêmes que ceux du dernier (parovarien); et par conséquent (pour des raisons qui sont détaillées par l'auteur), le spectroscope ne peut servir à distinguer les kystes parovariens des kystes de l'ovaire vrais. Il dit plus loin que la présence ou l'absence de la raie de lutein ne peut pas aider au diagnostic, puisque les liquides séreux donnent également le spectre de ce corps. Ceci renverse l'espoir que nous avait donné Thudichum, à propos de la valeur diagnostique de cette substance.

« Avant de terminer, qu'il me soit permis d'observer que l'affirmation qu'on entend fréquemment, à propos du liquide parovarien, à savoir, qu'il est toujours ou généralement limpide est, d'après mon expérience personnelle, une erreur...... Dans la majorité de mes cas d'hydropisie

(1) Nous n'avons pu consulter cet ouvrage et nous avons dû nous borner aux citations données par M. le docteur Tait.

parovarienne, le liquide a été épais jusqu'au point d'être visqueux. Le Dr Mac Munn donne une description de deux de ces liquides, appartenant à ma clientèle privée. Dans l'un de ces cas, le liquide était en couches épaisses, presque noir, avec un reflet verdâtre ; sa densité était 1,246 et l'analyse quantitative donnait : eau, 90,346 ; matières organiques solides, 8,736 ; sels inorganiques, 0,918. Les sels inorganiques étaient des chlorures, des sulfates, des phosphates, etc. Il y avait aussi des carbonates et du fer. Dans les liquides parovariens j'ai observé toutes les apparences microscopiques qui ont été données par certains auteurs comme caractéristiques de tumeurs ovariennes, et je suis, par conséquent, arrivé à la conviction que nous n'avons rien de certain, excepté l'expérience tactile de nos doigts, pour nous guider dans le diagnostic ».

Le Dr Mehu, pharmacien de l'hôpital de la Charité, dans un article intitulé : « Etude sur les liquides extraits des kystes ovariques », publié dans les « Archives générales de médecine », en septembre 1881 (page 272), dit : « On ne rencontre qu'en petit nombre, des liquides ovariques incolores ou à peine laiteux, à peu près aussi fluides que l'eau, d'une densité de 1,007 à 1,009, à la température de 15°, non albumineux, d'une filtration facile, ne laissant plus de matières fixes à la température de 100° ».

Le Dr Garrigues, dans une discussion devant la Société obstétricale de New York, séance du 21 mars 1882 (1), à propos d'un cas de kyste du ligament large (ainsi décrit par le Dr Mundé qui l'avait opéré) disait qu'il avait lui-même vu, quelquefois, du liquide « ressemblant à de l'eau de source, qui venait non seulement d'un kyste ovarien,

(1) American Journal of Obstetrics, 1882, tome XV, p. 290. (Observation rapportée à la page 35 de cette thèse.)

ma s d'un kyste ovarien multiloculaire ». Il citait un cas de cette nature qui avait été opéré par le Dr Bozemann, de New York. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, tapissé à l'intérieur d'un épithélium à cils vibratils, et contenant un liquide de l'espèce qu'il venait de décrire, c'est-à-dire, présentant l'aspect de l'eau.

Il ne le considérait pas possible de dire, en voyant le liquide s'écouler, s'il venait de l'ovaire ou du ligament large.

Quant à la possibilité de faire le diagnostic d'après l'examen histologique, il pensait qu'il existe certains cas où les liquides présentent des caractères un peu spéciaux, si marqués, « qu'on peut dire qu'il y a la plus grande probabilité qu'ils viennent soit d'un kyste de l'ovaire, soit d'un kyste du ligament large », selon les circonstances, mais il ne croyait pas possible de dire, avec certitude, d'après l'examen au microscope, qu'un liquide avait l'une ou l'autre de ces deux origines. Il ne pouvait pas se prononcer avec autant de conviction pour l'épreuve chimique. Le nombre des cas qu'il avait observés à ce point de vue était trop restreint pour lui permettre d'en tirer une conclusion générale. Jusqu'alors, cependant, il n'avait pas rencontré un seul cas de liquide venant du ligament large, se coagulant par la chaleur, tandis que, au contraire, dans tous les cas où il venait de l'ovaire, il s'était coagulé plus ou moins.

Sir Spencer Wells professe également l'opinion que l'examen histologique des liquides ne peut pas servir à préciser le diagnostic.

«Il est très regrettable, dit-il, que les services que pourraient nous rendre le microscope, pour le diagnostic des liquides abominaux, soient aussi restreints. Les examens

microscopiques réclament de l'habileté, du jugement et des aptitudes spéciales. Celui qui pratique ces observations doit prendre les précautions les plus minutieuses, sous peine de se tromper. Tout ce qui a été fait jusqu'à présent nous amène à croire qu'il ne faut pas espérer trouver là une source de renseignements certains, et qu'il faut se considérer comme heureux si le microscope vient parfois confirmer notre opinion ». (1)

Voici deux observations dans lesquelles il est question spécialement du diagnostic par les liquides :

Obs. I. — Liquide limpide dans les kystes de l'ovaire. Observation du Dr Galabin. Obstetrical Journal of Great-Britain, tome VII, p. 583. Rapport de la Société obstétricale de Londres, séance du 5 novembre 1879.

Le Dr Galabin montrait des préparations microscopiques d'une tumeur enlevée chez une femme âgée de 38 ans qui avait été à Guy's Hospital en 1878 dans le service du Dr Hicks. On avait posé le diagnostic de tumeur kystique multiloculaire. On fit une ponction, et on retira du liquide limpide comme de l'eau, avec une densité de 1,006 seulement, et ne contenant qu'une petite trace d'albumine. Ces caractères faisaient penser qu'il s'agissait plutôt d'un kyste parovarien.

Le liquide s'accumulait de nouveau et l'ovariotomie fut faite par un de ses collègues. Malheureusement la femme succomba à une hémorrhagie. On trouva deux poches de volume considérable en dehors de celle, plus grande, qu'on avait ponctionnée, et ces deux autres contenaient, toutes les deux, un liquide semblable à celui qu'on avait déjà recueilli. Le kyste n'était pas distinct de l'ovaire : il avait les mêmes rapports avec le ligament large que ceux que présente un kyste ovarien ordinaire. On observait, étalé sur la surface de la grande poche, un tissu qui paraissait être du tissu ova-

(1) Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, leur diagnostic et leur traitement, par T. Spencer Wells ; traduit en français par le Dr Paul Rodet, avec une préface par M. le professeur Duplay (page 107).

rien rempli de petits kystes. On y pratiquait des coupes. Quelques-nns des plus petits kystes étaient évidemment des follicules de de Graaf, contenant des ovules. Les plus grands ne renfermaient pas d'ovules; ils contenaient nn liquide colloïde, et étaient tapissés d'une couche nnique d'épithélium, sonvent d'un type cylindriqne. En plusieurs points on voyait des excroissances formées de tissn glandulaire proliférant, qui présentaient tous les degrés de développement, depuis le commencement d'un simple diverticnlnm snr le follicule qui avait, à part cette exception, une forme sphérique. Ceci était, sans doute, le début de ce qui serait devenu un kyste prolifèrant. A juger par les gradations nniformes, il semblait évident que tous les kystes étaient constitués par des follicules de de Graaf, agrandis et dégénérés (1).

(1) L'étnde de l'origine des kystes de l'ovaire est en dehors du cadre que nous nous sommes tracé ponr ce travail. Cependant, puisque les derniers mots de cette observation nous y mènent directement, nous ne pouvons pas nous empêcher de citer une phrase de M. le professeur Duplay, que nous trouvons dans sa préface à la traduction française d'un ouvrage déjà cité, récemment publié par sir Spencer Wells, qui accepte également cette théorie :

« M. Spencer Wells, dit M. Duplay, m'a semblé accepter avec trop de facilité l'existence des kystes simples uniloculaires de l'ovaire provenant de l'hycropisie des vésicules de de Graaf. Cette variété de kyste est, en effet, de plus en plus contestée, et, si elle existe réellement, elle paraît être extrêmement rare.

« Pour la pathogénie des kystes multicolaires proliférants, les plus fréquents assurément, M. Spencer Wells se range à l'opinion de Wilson Fox, qui conclut de ses recherches que la formation de ces kystes est la reproduction, chez l'adulte, du premier mode de développement des follicules de de Graaf avec aberration du type de développement embryonnaire.

« Cette pathogénie serait, en effet, généralement adoptée, surtout depuis les beaux travaux de MM. Malassez et de Sinéty. »

« Travaux de l'ovaire et de l'utérus, » traduction française, avec une préface par M. le professeur Duplay (page 9 de la préface).

Obs. II. — Kyste diagnostiqué ovarien contenant un liquide limpide. Ruptures répétées. Ovariotomie. Guérison. Rapport de la Société obstétricale de Philadelphie, séance du 3 février 1881. Observation du Dr Goodell. American Journal of Obstetrics, 1881, tome XIV, p. 681.

Le 26 juillet 1879, dit le Dr Goodell, Mme X... venait à ma consultation. Elle avait 46 ans, était mariée depuis vingt ans et était mère de trois enfants, dont le plus jeune a maintenant 12 ans. Elle était réglée un peu fréquemment, mais régulièrement et sans phénomènes morbides. Il y a deux ans, elle s'est aperçue d'une tumeur dans le ventre, du volume de ses deux poings. Elle consultait le Dr Atlee et un autre chirurgien, très connu, de cette ville. Ils diagnostiquaient indépendamment, tous les deux, un fibrome utérin.

Pendant deux ans, cette tumeur ne lui causait aucune souffrance, mais depuis un mois elle a augmenté rapidement de volume, et aujourd'hui elle atteint l'ombilic, et occasionne à la malade une sensation de distension très pénible.

Je trouvais le col utérin effacé; l'orifice externe était réduit à un simple trou au fond du cul-de-sac vaginal. Le doigt pouvait pénétrer jusqu'à l'orifice interne. A ce point je sentais une petite nodule fibreuse. Une tumeur fluctuante du volume d'une tête d'adulte donnait à la partie inférieure de l'abdomen un aspect saillant et régulièrement arrondi. En arrière de cette tumeur, je trouvais l'utérus en léger prolapsus, mais autrement dans sa position normale. Il mesurait 3 pouces en longueur. L'hystéromètre pouvait tourner facilement sur son axe dans l'étendue d'un demi-cercle, mais pas plus, et je ne pouvais pas m'assurer si elle avait fait tourner l'utérus, ou si elle avait seulement fait un mouvement de rotation sur elle-même, à l'intérieur de la cavité utérine. Tout mouvement de la tumeur se communiquait au doigt introduit dans le canal cervical, mais il semblait l'être à un degré moindre à la sonde ainsi placée.

Mon diagnostic était celui-ci : petit fibrome utérin et tumeur fibrocystique de l'utérus, ou bien kyste de l'ovaire.

25 septembre 1879. La tumeur a grossi si rapidement dans l'es-

pace des dernières huit semaines que la malade est très oppressée par son volume et par une sensation très pénible de distension. J'ai fait une ponction aujourd'hui et j'aspirais près de 8 litres de liquide rougeâtre, évidemment teint par du sang. Le kyste disparaissait complètement à la suite de la ponction, et je ne pouvais plus le retrouver. Je constatais seulement l'existence d'une petite masse molle dans le ligament large du côté droit. Je conclus donc à un kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Pour confirmer mon diagnostic j'envoyais un peu de liquide à mon ami le Dr Formad, qui n'a jamais jusqu'ici manqué de trouver la cellule ovarienne dans le liquide de kystes que j'ai ensuite opérés et trouvés d'être d'origine ovarienne. A ma surprise, il répondit qu'il n'avait pu y découvrir une seule cellule ovarienne.

6 octobre. Aujourd'hui la malade venait me voir. Je constatais que le kyste se remplissait de nouveau rapidement. L'utérus était en rétroflexion, et on pouvait facilement le mouvoir et le faire tourner avec l'aide de l'hystéromètre. Etant donnés l'absence de la cellule ovarienne et la mobilité de l'utérus, je me suis arrêté à l'idée d'un kyste du parovarium droit.

Le 31. Le kyste s'est rempli en totalité, et la malade demande avec urgence qu'on le ponctionne. Je l'ai persuadée à attendre encore une semaine.

8 novembre. Je me rendais chez la patiente, comme il était convenu, pour ponctionner le kyste, et je la trouvais souffrante. Elle avait des douleurs qu'elle appelait « des coliques » et la tumeur avait disparu. Pendant qu'elle se baissait pour ramasser un objet un peu lourd, environ une heure avant mon arrivée, le kyste s'était rompu.

Pendant les quelques jours qui suivaient il y avait une sécrétion d'urine plus considérable qu'à l'ordinaire, et la femme éprouvait des douleurs plus ou moins fortes dans le ventre, mais elle se remettait ensuite complètement.

16 décembre. Le sac s'était rempli de nouveau et je le ponctionnai, retirant 13 litres d'un liquide parfaitement limpide, avec un reflet couleur vert pâle. Ceci était également examiné par le docteur Formad, qui, cette fois-ci encore, ne pouvait y découvrir aucune cellule ovarienne. Cette dernière ponction était rendue nécessaire par la même sensation insupportable de distension.

21 janvier 1880. Je retirais 10 litres du même liquide limpide.

13 février. Le sac se rompit de nouveau spontanément. La rupture détermina des phénomènes de douleur et de collapsus, et on m'envoya chercher en toute hâte. Je prescrivais l'opium à haute dose, et la malade était de nouveau sur pied en trois jours.

Le 22 mars, le 21 avril, le 18 mai et le 8 juin, je faisais de nouvelles ponctions du kyste, retirant chaque fois de 9 à 11 litres de liquide. A l'occasion de chacune de ces ponctions, la malade éprouvait une douleur très intense dans la région hypochondriaque droite pendant le retrait du sac.

Elle partait ensuite pour sa maison de campagne, et là le kyste se rupturait de nouveau deux fois, avec les mêmes phénomènes de « crampes » et de « coliques ». En outre, son mari, qui est médecin, la ponctionnait deux fois.

6 novembre. La malade était de retour en ville, et je lui fis une ponction à cette date et une autre le 29 du même mois. Chaque fois, pendant que le sac se vidait, la femme éprouvait les mêmes douleurs abdominales intenses, et chaque fois je trouvais le liquide identique en couleur et en composition.

Depuis le printemps de 1880, j'avais conseillé l'ovariotomie, et une fois tous les préparatifs étaient faits, jusqu'à fixer le jour et à retenir une garde. Mais la santé de la femme était si bonne que son mari refusait son consentement. Enfin cependant, en vue du danger de la formation probable d'adhérences par le fait des ruptures répétées, je finissais par lui arracher sa permission, et le 18 décembre je fis l'opération avec l'aide du médecin traitant, le Dr Bauer, et des Drs Baer, Shelley, Cheek, Farr et Harwood. Nous trouvions les parois du kyste d'une minceur extrême et d'une jolie couleur bleue ressemblant à celle de la membrane conjonctive de l'œil. La seule adhérence était constituée par une bande étroite qui s'implantait sur la partie droite de l'épiploon, et qui, après la retraite du sac, se transformait en un long cordon. Cette adhérence était évidemment la cause de la douleur que la femme éprouvait dans cette région chaque fois que le kyste se vidait.

Le kyste était ostensiblement une dégénérescence de l'ovaire gauche. Le pédicule était court et très large. Je le liais, je le sectionnais et je le laissais libre dans la cavité abdominale. J'enlevais ensuite le kyste. Comme l'ovaire droit était augmenté de volume

et qu'elle contenait un nombre considérable de petits kystes microscopiques, je l'enlevais en même temps. L'utérus avait un peu plus que son volume normal, ce qui s'expliquait par l'existence dans sa paroi postérieure d'un petit fibrome. L'opération a été faite avec toutes sortes de précautions antiseptiques, et l'incision abdominale se fermait sans même tacher le pansement d'onate salicylée qui était en contact immédiat avec elle. Il n'y a pas eu un seul symptôme fâcheux, et la malade commence déjà à se lever.

A l'examen de la tumeur, après l'opération, j'étais loin de pouvoir affirmer son origine ovarique. En premier lieu, l'oviduct ne paraissait pas s'allonger sur la surface du kyste et s'y perdre par son bout frangé, comme cela se voit ordinairement dans ces cas.

Deuxièmement, il se trouvait à la partie inférieure du kyste, et immédiatement au-dessus du pédicule, un petit kyste multiloculaire rempli de substance colloïde. Celui-ci me paraissait être, soit un kyste secondaire unique dérivant du grand kyste, soit un ovaire dégénéré. J'ai fait examiner les parois du kyste par le Dr Formad, et il m'a répondu que la tumeur était probablement un kyste du parovarium et que le kyste secondaire devait être l'ovaire. Cette décision non seulement confirme mon opinion de la valeur de la découverte faite par le Dr Drysdale, de la cellule ovarienne, mais elle démontre, aussi, la facilité avec laquelle un kyste du ligament large peut être pris pour un ovaire dégénéré.

Dans la discussion qui suivait la lecture de cette observation, le Dr Baer, qui l'avait présentée pour le Dr Goodell et qui, lui aussi, considérait la tumeur comme extra-ovarienne, faisait remarquer, cependant, combien l'histoire du cas avait indiqué plutôt un kyste ovarique. Le développement rapide de la tumeur, la réaccumulation du liquide, après ponction, et surtout la rapidité et la fréquence de son renouvellement après les ponctions et ruptures répétées, allant jusqu'à quinze ou seize fois dans l'espace d'autant de mois, tout cela lui semblait indiquer bien plutôt un kyste de l'ovaire.

L'âge de la malade lui paraissait également une indication de cette origine, car les kystes ovariens se développent souvent après l'âge de 30 ans, tandis que les autres se montrent le plus ordinairement avant cet âge. Enfin l'existence de la masse molle, appréciable par le palper, après la ponction, quoique s'expliquant, peut-être, par la dégénérescence colloïde de l'ovaire, notée dans l'observation, serait un fait rare dans les cas de kystes parovariens, qui sont ordinairement absolument introuvables après qu'ils ont été vidés par une ponction. Cette dégénérescence colloïde des ovaires serait également, pour lui, un concomitant rare des kystes du ligament large.

Il nous semble que les incertitudes présentées par ce cas sont la meilleure preuve de ce que nous avons dit à propos de la minime importance du diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et les kystes extra-ovariens.

En effet, si on accepte la décision du Dr Goodell, et que l'on considère ce kyste comme étant parovarien, nous aurons alors un kyste qui siège en dehors de l'ovaire et qui, cependant, place la malade dans des conditions extrêmement défavorables, car il y a eu sécrétion toujours renouvelée et très exagérée de liquide, absolument comme dans des kystes ovariens, ce qui peut être considéré comme une cause d'épuisement. De plus, ce kyste parovarien donnait lieu à des phénomènes de douleur et même de collapsus lors de sa rupture, qui étaient certainement de nature à faire croire à un épanchement de liquide irritant. La douleur semble s'expliquer par le fait du tiraillement exercé par l'adhérence qu'on a trouvée, et nous ferons remarquer, en passant, que ce fait indique la valeur de l'examen du liquide à un point de vue nouveau, car, dans un cas de rupture de kyste avec douleurs consécutives, si, à l'examen on trouve

un liquide non irritant, le chirurgien pensera plutôt à des adhérences anciennes.

D'un autre côté, si nous considérons cette tumeur comme un kyste de l'ovaire, comme semblaient l'indiquer les symptômes et la marche de la maladie, nous sommes forcés d'accepter le fait d'un kyste ovarien à contenu limpide. La bonne santé de la malade ne pourrait pas infirmer le diagnostic de kyste ovarien, car nous verrons, dans une observation du Dr Foulis, d'un kyste de l'ovaire avec généralisation, que même dans ce cas de pronostic absolument grave, la malade se portait admirablement jusqu'à la veille de sa mort.

L'observation suivante présente une très grande analogie avec celle que nous venons d'examiner.

Obs. III. — Kyste de l'ovaire à contenu limpide. Ovariotomie. Guérison. Observation du Dr Mundé. Rapport de la Société obstétricale de New-York, séance du 21 mars 1882. American Journal of Obtetrics, 1882, tome XV, p. 290.

La malade était âgée de 22 ans. Elle était mariée depuis 18 mois. L'abdomen présentait le degré de développement qu'il aurait au septième mois de la grossesse.

A l'examen, on constatait l'existence d'une tumeur uniformément fluctuante, présentant les caractères d'un kyste uniloculaire.

Le Dr Mundé ne pratiquait pas la ponction, et il justifie cette abstention par la remarque que dans le seul cas où il s'était servi de ce moyen diagnostique, il en résultait une inflammation du kyste, avec suppuration consécutive et péritonite, et il avait dû ensuite pratiquer l'ovariotomie dans des conditions très désavantageuses. La malade succomba le sixième jour après l'opération avec des phénomènes de septicémie.

Il n'avait eu aucune raison, disait-il, de penser que dans le cas qui est le sujet de cette observation, il s'agissait d'un kyste du ligament large. L'histoire de la maladie, l'état anémique de la ma-

lade, etc., tous indiquaient, pour lui, un kyste de l'ovaire. Il es vrai, ajoute-t-il, qu'on a dit que les kystes uniloculaires de l'ovaire n'atteignent pas un volnme dépassant celni d'une tête d'homme, mais il y a des exceptions à cette règle. Quant au traitement, s'il avait supposé qu'il avait affaire à nn kyste parovarien, il est probable qu'il aurait néanmoins pratiqué l'opération, car s'il est vrai que heancoup de kystes de cette espèce sont guéris par la ponction, il est également vrai qu'un nombre égal ou même supérienr se remplissent de nonveau, et nécessitent plus tard une opération radicale.

Dans le cas actnel, il opérait il y a six semaines.

A l'onverture de la cavité abdominale, on tronvait nne adhérence unique qui reliait le kyste à l'épiploon. Celle-ci fut sectionnée et il ponctionnait ensuite le kyste. Il s'écoulait nn liquide clair, légèrement bleuâtre, et à l'aspect de ce liqnide il disait immédiatement, et sans hésiter, que c'était un kyste du ligament large.

Il trouvait que ce cas présentait nn intérêt spécial au point de vne des difficultés du diagnostic. D'après les recherches récentes du Dr Garrigues, une ponction, si elle avait été faite, n'aurait pas pu amener à un diagnostic certain, entre un kyste de l'ovaire, et celui du ligament large, par l'examen microscopique et chimique du liquide. Le seul signe différentiel absolument positif, à savoirla présence de l'ovaire à côté de la tumeur, n'a pn être constaté ici.

Ce cas nous semble fournir un autre exemple de kyste ovarien vrai. Le chirurgien a rejeté ce diagnostic uniquement parce qu'il a trouvé un liquide limpide, malgré qu'il n'a pu trouver l'ovaire en dehors de la tumeur. Nous le considérons donc comme un cas de kyste de l'ovaire à contenu limpide.

Nous ne voulons pas multiplier outre mesure les observations quenous donnons àl'appui de notre thèse, et nous nous contenterons de ces trois exemples de liquide limpide provenant de vrais kystes de l'ovaire. L'un d'entre eux reste douteux comme diagnostic (observation II), mais il

nous semble qu'il a une valeur probative aussi grande que les deux autres, à cause même de ces incertitudes, au point de vue de ce que nous avons dit, quant à l'impossibilité de distinguer infailliblement entre les kystes intra et extra-ovariens d'après l'observation des symptômes, et l'analyse des liquides kystiques.

Nous dirons un mot en terminant sur le diagnostic différentiel qu'on a cru pouvoir établir entre les liquides des deux espèces de kystes ovariens : les kystes uniloculaires, d'une part, et les kystes multiloculaires, de l'autre.

Voici ce qu'a dit, à ce propos, le Dr Cleeman, dans une observation présentée à la Société obstétricale de Philadelphie, séance du 6 juin 1878. (*American Journal of obstetrics*, tome XII, page 172. Voyez l'observation à la page 39 de cette thèse.)

« On admet, dit-il, que le liquide des kystes uniloculaires est, en règle générale, doux, non irritant, dans les cas où des ponctions n'ont pas été pratiquées. Au contraire, il a été démontré que le contenu, de nature variée, des kystes multiloculaires, est extrêmement *acrid*, exerçant même une action corrosive sur l'acier. »

Mais nous avons vu que le Dr Garrigues a rapporté des cas de kystes multiloculaires de l'ovaire, dans lesquels le liquide était, selon sa propre expression, semblable à de l'eau de source. Nous avons aussi le fait que MM. Malassez et de Sinéty, dans une phrase déjà citée, affirment avoir observé des kystes ovariens pluriloculaires, qui contenaient un liquide absolument séreux.

(1) « M. Spencer Wells rapporte un cas (Medical Times and Gazette, 1881), dans lequel, après ovariotomie, le sérum trouvé dans le péritoine a dû contenir un poison animal très actif. Lui-même a souffert par son absorption. » (Barnes. Maladies des femmes, p. 395.)

Nous ne pouvons, donc, considérer les caractères d'un liquide comme étant un indice *certain* de l'espèce (uniloculaire ou multiloculaire) du kyste qui l'a fourni. Il serait à désirer qu'il en fût autrement, car la multiplication des poches étant le signe et le résultat d'une plus grande activité dans le développement de la néoformation, le pronostic et le traitement seraient certainement modifiés par la constatation de cette particularité de structure (1).

Voici deux observations qui tendent à démontrer l'impossibilité de faire le diagnostic différentiel entre ces deux variétés de kystes d'après les caractères du liquide. Il en résulte, comme conséquence naturelle de ce premier fait, que le pronostic ne pourra pas se baser sur cette distinction. Nous n'envisageons ici que les suites immédiates de la rupture. Nous venons de voir qu'à un autre point de vue, cette différence de complexité est d'une haute importance.

Le second des deux cas nous démontre en plus, qu'un li-

(1) MM. Malassez et de Sinéty en ont déduit la conclusion suivante, qui est d'une haute importance au point de vue du pronostic et des indications.

« Nous avons constaté, disent-ils, sur un certain nombre de nos kystes ovariques, qu'entre le moment où les malades avaient commencé à s'apercevoir de leur tumeur et celui où les chirurgiens avaient été amenés à la leur enlever, il s'était passé trois ans en moyenne pour les kystes miloculaires, près de deux ans pour les kystes paucifoculaires, moins de un an pour les kystes multiloculaires. Ces différences dans la rapidité du développement s'expliquent facilement par les différences que nous venons de signaler dans l'activité des processus. En effet, pour les kystes miloculaires, l'accroissement de volume est presque uniquement dû à l'augmentation de volume des cavités kystiques, tandis que, dans les multiloculaires, il est dû non seulement à l'agrandissement des cavités, mais aussi à leur multiplication. » (Archives de physiologie, 1881, page 267.)

quide de consistance colloïde n'exerce pas nécessairement une influence irritante sur le péritoine.

Obs. IV. — Rupture spontanée d'un kyste uniloculaire de l'ovaire. Liquide purulent. Mort. Observation du Dr Cleeman. Transactions de la Société obtétricale de Philadelphie, séance du 6 juin 1878. American Journal of Obstetrics, tome XII, page 172.

Victoria U..., allemande, 26 ans, mariée et mère de quatre enfants, fut admise à St-Mary's Hospital le 8 mai 1878. Elle était au dernier degré de l'anémie, et présentait un aspect exsangue et cachectique très accentué. Elle se plaignait d'une faiblesse extrême et de perte de l'appétit. Ces symptômes avaient duré depuis deux ans. Ils étaient survenus à la suite d'une fausse couche. Depuis ce moment, la débilité avait été si prononcée que la malade avait dû garder le lit.

L'examen montrait une augmentation de volume de l'abdomen, portant surtout sur le côté droit. Ceci datait également, d'après le dire de la malade, de sa fausse couche. Elle n'en avait éprouvé aucune gêne.

L'examen attentif de la malade, et l'histoire de sa maladie, conduisaient le docteur Cleeman à faire le diagnostic de tumeur ovarienne.

Le traitement fut dirigé contre l'état général maladif. Il consistait en un régime fortifiant et des médicaments toniques. La malade restait à peu près dans les mêmes conditions jusqu'au 17 mai, c'est-à-dire neuf jours après son entrée à l'hôpital. Ce jour, je la trouvais dans un état de collapsus complet, et elle continuait ainsi, avec des variations peu sensibles, jusqu'au troisième jour, le 20 mai, lorsqu'elle succomba.

Le diagnostic de rupture du kyste avait été posé, et il était vérifié à l'autopsie, qui fut faite quelques heures après la mort par le docteur Bonnefil, aidé par le house-surgeon, le docteur Ewing.

Ils trouvaient environ un demi-litre de pus de couleur foncée et d'une odeur extrêmement fétide, dans la cavité pelvienne, et un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête de fœtus à terme.

En comprimant celui-ci, on faisait sourdre du pus sanieux, à tra-

vers ses parois, par nn petit orifice qui avait les dimensions d'un tron fait par nne épingle. La masse morbide était fermement adhérente en hant anx intestins et en bas à la vessie. Lés mnscles de la partie inférienre de l'abdomen, du côté droit, présentaient nne dégénérescence fibreuse particnlière; ils étaient très épaissis, très durs et d'une couleur blanchâtre, avec nne conpe dure an scalpel. Leur condition rendait compte de la saillie plus grande du côté droit de l'abdomen. Les reins avaient l'apparence de la dégénérescence graissense. Le foie n'a pas été examiné. Le kyste, avec le segment supérieur de l'ntérus, l'ovaire droit et la portion avoisinante dn ligament large, ont été excisés et constituent la pièce que je présente maintenant..... Le kyste est uniloculaire, comme on le voit..... Snr ses parois sont implantées de petites excroissances arrondies. Dans certains endroits, elles sont très nombrenses. Les parois présentent différents degrés d'épaisseur, étant quelquefois très minces. En deux endroits, on remarque des petits orifices; l'un des denx est celni par lequel le contenn dn kyste s'est échappé ponr devenir la canse de la péritonite mortelle; l'autre, puisqu'il n'a pas été observé an moment de l'autopsie, doit être, je pense, le résultat de la macération dans le liquide dans lequel la pièce a été conservée, et des manipulations agissant sur nn endroit déjà aminci des parois.

Obs. V. — Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale sans accidents consécutifs. Ovariotomie. Guérison. — Observation du Dr Buckham. American Journal of Obstetrics, 1879, tome XII, page 326.

J'ai remarqué, dit le docteur Buckham dans « Transactions of the obstetrical Society of Philadelphia », (page 174), à propos du pronostic de la rupture des tnmenrs ovariennes, les paroles suivantes : « On admet que le liquide des kystes uniloculaires est, en règle générale doux et non irritant..... tandis que le contenn, de nature variée, des kystes multiloculaires, a été démontré d'être extrêmement âcre et même d'nne action corrosive snr l'acier..... » Je demande la permission de rappeler, en tant qu'elle se rapporte

au sujet qui nous occupe, l'histoire d'une malade que j'ai opérée en février 1876, en présence et avec l'aide des membres de la Société médicale de notre département, l'opération ayant été faite le jour de notre réunion mensuelle.

La malade, Mme L. D..., racontait que trois jours auparavant, en montant dans sa voiture, elle était tombée et qu'elle s'était frappée le côté contre le marche-pied. Elle remarqua immédiatement un changement de position du kyste, et elle conclua à sa rupture.

A l'opération, nous avons pu vérifier le fait.

La tumeur, qui pesait 29 livres, était multiloculaire, et une partie considérable du contenu du plus grand kyste composé d'une substance colloïde de la consistance d'une gelée, se trouvait libre dans la cavité abdominale. Le kyste était largement adhérent à la paroi abdominale et aux viscères, mais les adhérences ont été facilement détruites avec la main, sans qu'il y eût besoin d'une dissection. Les parois du kyste étaient épaisses. Leur surface interne présentait l'aspect d'un gâteau de miel; les cloisons étaient minces et se détruisaient facilement sous les doigts. Quant à leur contenu, j'étais obligé de le ramasser avec mes mains et il y en avait la quantité de la moitié d'un seau ordinaire..... Après avoir nettoyé la cavité abdominale avec la main, je lavais très soigneusement l'intestin et les viscères avec de l'eau phéniquée à 99° Fahrenheit. Je fermais ensuite l'incision, qui avait la longueur de 14 centimètres par six sutures profondes et cinq superficielles, et la réunion s'effectua par première intention. Il n'y a pas eu de péritonite. La malade a fait une bonne convalescence, et elle est aujourd'hui forte et bien portante.

J'ajouterai que le doute ne peut pas exister pour la rupture de la tumeur, car l'orifice était situé immédiatement au-dessous de l'endroit où la peau présentait une ecchymose et où la malade disait avoir reçu le coup, en tombant contre le marche-pied de sa voiture. Cet endroit était éloigné de la ligne d'incision de 7 centimètres 1/2.

Comme j'ai déjà rapporté l'observation dans le « Canada Lancet » de juin 1876, je n'ai donné ici que des détails que j'ai cru propres à établir les faits suivants, à savoir : que la tumeur était multiloculaire, et que son contenu n'était ni âcre ni corrosif, mais qu'au

contraire, il était extrêmement doux et non irritant, car s'il en était autrement, comme le liquide avait séjourné dans la cavité abdominale depuis trois jours, il y aurait certainement eu de la péritonite, surtout si on tient compte des manipulations et lavages des viscères, et du temps pendant lequel ils étaient exposés à l'action de l'air au moment de l'opération.

Enfin le Dr Baer dans une discussion à la Société obstétricale de Philadelphie, le 3 février 1881, exprimait l'opinion suivante, qui nous servira pour résumer ce que nous avons dit jusqu'ici sur les liquides ovariens.

Je le trouve, dit-il, trop affirmatif de dire que le liquide tiré d'un kyste indique immédiatement, et d'une manière positive, son origine, quoique comme témoignage corroboratif, les caractères du liquide ont une valeur réelle. Je ne crois pas qu'il existe un ovariotomiste qui, étant mis à l'épreuve de décider l'opportunité d'une intervention dans un cas donné de tumeur abdominale, opérerait d'après l'examen seul du liquide. Il insisterait plutôt sur les signes physiques, et sur l'histoire de la maladie, prenant les caractères du liquide seulement comme une confirmation importante des autres signes.

Je ne pense pas qu'il soit prudent de dire d'un signe quelconque, pris séparément, qu'il est pathognomonique, mais en le rapprochant d'autres signes, il donne à ceux-ci une importance nouvelle. Voilà, dans mon opinion, la vraie place que doit occuper la cellule dite ovarienne, aussi bien que les autres caractères attribués aux liquides des kystes.

Nous avons, maintenant, à parler d'un troisième point que nous n'avons fait qu'indiquer, jusqu'à présent, à savoir la possibilité de la généralisation, et de l'infection au loin, par les kystes de l'ovaire.

Nous avons déjà nommé les communications faites par les Drs Foulis et Keith, en 1875, à la Société médico-chi-

rurgicale d'Edimbourg, et du Dr Thornton, dans la même année, à la Société de pathologie de Londres. Nous devons maintenant y revenir, et chercher à apprécier la valeur de ces observations, et quelques autres de même nature que nous avons pu recueillir. Plusieurs de ces cas n'entrent pas, à proprement parler, dans le cadre de ce travail, puisqu'ils n'ont pas présenté le phénomène de la rupture; mais ils touchent à notre sujet de si près et par tant de côtés, et ils sont en outre d'une si haute importance, que nous n'avons pas cru devoir les supprimer.

Nous poserons à nouveau la question en citant une phrase prononcée par le Dr Mathews Duncan, dans son discours d'ouverture de la section de médecine obstétricale du British Médical Association en 1875 (1):

Il est connu de tout le monde, dit l'orateur, que, en rapport avec des kystes ovariens rupturés ou non, on voit souvent des péritonites chroniques de grande étendue et de longue durée; mais l'examen des liquides kystiques a amené Foulis à l'opinion que, dans la rupture de kystes ovariens de nature maligne, nous avons un nouveau danger, et l'explication de l'infection d'autres régions, et surtout du péritoine, de maladie maligne.

Tandis que la péritonite chronique diffuse s'explique, jusqu'à un certain point, par une sorte d'induction d'analogies, la diffusion du cancer est moins comprise. Foulis croit pouvoir distinguer, dans les liquides des kystes ovariens, une cellule épithéliale spéciale, offrant une tendance très marquée à la prolifération, qu'il considère comme une semence jetée à pleines mains, à la suite de la rupture d'un kyste malin, sur le péritoine, où elle trouve, dans toutes les parties de cette large surface, un terrain favorable à son développement ultérieur en nodules cancéreuses, semblables à celles qu'on voit ordinairement dans ce qu'on appelle quelquefois « la péritonite maligne. »

(1) Medical Times and Gazette, 14 août 1875.

Thornton et Lawson Tait ont contribué à la discussion de ce sujet et nous espérons que, comme résultat final, la vérité se dégagera. Les ovariotomistes seront alors éclairés et guidés dans la question de l'urgence de l'intervention dans le cas de ces kystes, qui forment une catégorie égale, peut-être, en importance et en urgence, à celle des kystes qui sont en voie de suppuration.

Voyons maintenant ce que dit le Dr Foulis lui-même, dans sa première communication, à la séance du 3 février 1875, à propos des observations qu'il présentait à la Société médico-chirurcale d'Edinburgh (1). Nous reproduisons le résumé de son discours, publié dans le « Edinburgh medical journal », tome 20, page 841.

En présentant l'histoire de ces deux cas, à la Société, l'objet qu'il avait en en vue était d'attirer l'attention sur certaines petites masses de cellules végétantes, trouvées dans le liquide ascitique entourant les tumeurs abdominales, comme constituant un moyen de diagnostiquer les tumeurs ovariennes malignes, et la péritonite maligne. Il est convaincu que l'affection maligne dans chacun de ces deux cas prenait naissance dans l'ovaire, et que l'état de maladie des autres régions de la cavité abdominale était le résultat de la dissémination sur les parties voisines, d'éléments provenant de ce siège primitif.

... Sans doute une tumeur ovarienne maligne pourrait exister dans l'abdomen sans qu'on puisse constater la présence de ces petits amas de cellules végétantes dans du liquide ascitique, mais quand l'ascite existe, et qu'on y trouve ces petits corps nageant librement, et en prolifération rapide, et tout à fait indépendants des structures avoisinantes, il les considère comme un signe certain de tumeur ovarienne et de péritonite malignes.

Vient ensuite, par ordre chronologique, un article publié dans le « Medical Times and Gazette, » du 3 avril 1875, où

(1) On trouvera ces observations aux pages 63 et 64 de cette thèse.

nonstronvons dans le compte rendn de la séance du 16 mars précédent, de la Société de pathologie, sous le titre de « Kyste ovarien contenant des végétations papilliformes », les remarques suivantes :

M. Knowsley Thornton montrait un kyste ovarien simple, présentant ces végétations, qui avait été opéré par M. Spencer Wells dans le courant du mois précédeut. La maladie datait de trois ans, et s'aggravait à la suite d'une ponction faite au mois de juillet dernier.

De l'intérieur dn kyste, qni était uniloculaire et ne présentait pas de cloisons, il partait des excroissances on bourgeons papillomateux composés d'un épithélium qui se continuait avec celui qui tapissait le kyste, et d'un tissu conjonctif comme dans la partie externe des parois du kyste. Quelques-uns des bourgeous contenaient du cartilage et de l'os.

On admet, ordinairement, que les kystes uniloculaires sont guéris par la ponction, mais cette opération ne ferait-elle pas courir à l'opérateur le risque de voir quelqnes-unes de ces cellules ou de ces bourgeons contenus dans le liquide s'échapper, dans la cavité péritonéale, où ils pourraient donner naissance à des végétations nouvelles? L'extirpation empêcherait ceci.

Dans le numéro du 20 mars du même journal, à propos de cette même séance du 16 mars, on rapporte quelques mots dans lesquels sir Spencer Wells attribuait à M. Knowsley Thornton la découverte de cette particularité de conformation de certains kystes.

Voici cette phrase :

« M. Thornton a récemment découvert que le liquide de certains kystes ovariens simples contient des petits groupes de cellules, qui viennent, selon lui, tout simplement de la membrane interne des follicules de Graaf, et la présence de ces cellules, en même temps que la densité plus élevée du liquide, et la quantité d'albumen ou de pa-

ralbumen qu'il contient, suffisent pour permettre au chirurgien de dire, après ponction d'un kyste unique, si la ponction pourra le guérir, selon toute probabilité, ou si, au contraire, il existe presque une certitude qu'il se remplira de nouveau, et qu'on sera forcé plus tard à pratiquer l'ovariotomie. »

Nous citerons encore l'article du Dr Thornton dans le « Medical Times and Gazette » du 10 avril 1875, auquel nous avons déjà fait allusion. Nous y trouvons les paroles suivantes, à propos des indications opératoires :

« Si l'examen du liquide indique l'existence d'un kyste ovarien, il faudra pratiquer, l'ovariotomie dans le cas où le kyste se remplirait de nouveau..... Une seconde ponction, avec un gros trocart, ou l'excision d'une portion des parois du kyste (1) ne sont pas admissibles dans ce cas, pour les raisons que voici :

« Le liquide ovarien, à cause de sa nature plus ou moins visqueuse, n'est pas facilement absorbé par le péritoine, et il pourrait causer une péritonite grave, ou tout au moins un état qui nécessiterait une intervention fréquemment répétée, et des ponctions nombreuses.

« Mais la contre-indication de beaucoup la plus importante est fournie par le fait déjà cité, que la membrane interne du kyste ovarien peut donner naissance à des végétations papilliformes ou villeuses. Celles-ci semblent s'accroître lentement, et aussi longtemps qu'elles restent limitées à la cavité kystique, elles ne paraissent pas exercer une influence nocive, mais les kystes qui les contiennent ont une grande tendance à se rompre, et le premier résultat de cette rupture est une ascite très gênante par l'épanchement constant, dans la cavité péritonéale, du liquide ovarien, avec les conséquences que nous avons déjà notées. Et quand une fois elles sont libres dans la cavité péritonéale, elles revêtent un caractere malin au point de vue clinique, dû en partie à la facilité

(1) Méthodes de traitement qu'il venait de préconiser pour les kystes ntra-ovariens.

avec laquelle elles forment des adhérences qui rendent difficile ou même impossible, l'enlèvement de la tumeur, plus tard, et plus spécialement à une vraie propagation des végétations, sur la face du péritoine, les cellules en voie de prolifération étant détachées par friction pendant les changements de position de la malade, et ensuite, on bien s'enracinant de nouveau, on plutôt, comme mes recherches me portent à croire, donnant naissance à des végétations secondaires, dans les points où elles se déposent, par un processus d'auto-inoculation. Il est même permis de penser qu'avec le temps les organes éloignés peuvent se trouver infectés, comme dans les cas de cancer vrai (voyez un cas dans « Wilks's Pathological lectures, par Moxon », où des dépôts métastatiques de la même espèce étaient observés dans le foie)..... Je ne cherche pas à établir que les kystes ovariens vrais présentent toujours, ou même fréquemment, cette sorte de végétation dans leur cavité. Au contraire, dans plus de cent tumeurs ovariennes que j'ai examinées avec soin, je ne l'ai trouvée que quelques fois, mais je l'ai constatée dans des tumeurs qui paraissaient être de formation récente, et chez de très jeunes sujets, je pense donc que nous ne saurions être trop prudents ».

Cet article est accompagné de dessins représentant les groupes de cellules dont il est question.

Enfin, dans un second mémoire lu devant la Société médico-chirurgicale, séance du 7 juillet de la même année, le Dr Foulis exposa de nouveau sa théorie, et cita trois autres cas à l'appui. Voici le résumé de ce travail que nous empruntons à « l'Edinburgh Medical Journal » (1).

Le Dr Foulis, dit le rapporteur, dirigeait l'attention à un fait d'un grand intérêt, à savoir que..... les corpuscules du tissu conjonctif du stroma pouvaient donner naissance, par une prolifération

(1) Contribution à la pathologie de l'ovaire, par le Dr Foulis. Rapport de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, séance du 7 juillet 1875. (Edinburgh medical Journal, t. XXI, p. 168.)

généralé et excessive, à des végétations sarcomatenses secondaires sur le péritoine, et ces végétations, par l'irritation chroniqne qu'elles causent, provoqneraient une sécrétion très grande de liquide ascitique, qni amènerait, à la longue, l'épuisement de la malade. Dr Foulis montrait de nonveau des dessins représentant des petits amas de celInles proliférantes qn'il avait déconvertes dans le liquide ascitiqne entourant certaines tumeurs ovariennes, et par la présence desquelles il avait diagnostiqué une tnmeur ovarienne et nne péritonite malignes, dans les deux cas dont il avait déjà présenté l'histoire à la Société. Il donnait maintenant, en abrégé, les observatious de trois nonveaux cas, dans lesqnels il avait trouvé les mêmes petites masses de cellnles végétantes dans le liquide ascitique. Dans denx de ces cas l'examen nécroscopiqne avait confirmé le diagnostic qni avait été posé pendant la vie. Le troisième cas était celui d'nne femme qni vivait eucore, et chez qui le liqnide de l'ascite présentait nne quantité énorme des petites masses cellulaires végétantes. Nons avons en, maintenant, dans l'espace d'nn an, cinq cas dans lesquels, pendant la vie, le diagnostic de tumenr et de péritonite malignes a été fait à cause de la présence de petits groupes nombreux de cellnles proliférantes, et dans quatre de ces cas, l'antopsie a justifié ce diagnostic.

Nous donnerons ensuite quelques passages d'un article de M. Thornton publié dans le « Medical Times and Gazette » du 13 mai 1876.

Mon ami le Dr Foulis, d'Edimbonrg, dit M. Thornton, réclame l'honneur d'avoir été le premier à décrire quelques-uns de ces groupes de cellules..... qu'il considère comme constituant une prenve de la natnre maligne d'une tumeur qui aurait son origine dans l'ovaire. Je ne lui disputerai pas la satisfaction d'avoir été le premier à attirer l'attention sur ce sujet important, mais je ne puis pas accepter, tout à fait, ses concInsions quant à la valeur pathognomonique de la présence de ces cellules..... car j'en ai trouvé dans la cavité péritonéale lorsqne le péritoine a été irrité par la rupture d'un kyste ovarien ordinaire, et Dr Keith me dit avoir opéré dans des cas où il a trouvé des nodules (desqnelles, dans mon opinion,

proviennent ces groupes de cellules), recouvrant toute la surface péritonéale, et malgré cela, les malades ont continué à vivre pendant des années en bonne santé. J'en ai trouvé également dans des cas de maladie maligne de l'utérus, du foie et de l'épiploon.

Je considère ces groupes comme étant de deux espèces. La première serait constituée par des amas d'endothélium végétant; la seconde par des amas de cellules proliférantes provenant, non pas de l'endothélium, mais de la substance fondamentale du péritoine. On distinguera des formes différentes dans les dessins que je présente ici. Quelques-unes ressemblent à de simples amas de globules de lymphe, et présentent l'apparence de grappes de raisins; d'autres ont l'aspect de l'endothélium plus ou moins aplati et disposé en couches superposées; d'autres enfin présentent toutes les variétés possibles de volume et de forme, et tous les degrés de développement. C'est à ces derniers que j'attache le plus d'importance, au point de vue de l'indication de maladie maligne, et sous ce titre je fais rentrer les sarcomes et les carcinomes à marche rapide et aussi certains papillomes ovariens spéciaux. J'ai grand espoir que par une étude attentive nous arriverons à pouvoir, par moyen de ces groupes, faire non seulement le diagnostic différentiel entre les tumeurs malignes et bénignes, mais aussi la distinction entre les différentes variétés de tumeurs. J'ajouterai que je considère l'existence d'un épanchement considérable de liquide ascitique, autour d'une tumeur abdominale, comme étant toujours une présomption de malignité, mais quant à savoir si sa présence est due simplement à l'irritation du péritoine par l'accroissement rapide de la tumeur, on à une infection directe, je ne crois pas que ceci soit encore résolu. Les faits, relativement rares, de la présence d'une quantité considérable de liquide ascitique dans les cas de simples corps fibreux utérins, ou de tumeurs ovariennes ordinaires, indiquent plutôt la première des deux hypothèses, et la présence des groupes de cellules dont je viens de parler, dans les cas de maladie maligne compliqué d'ascite, et leur absence dans les cas de liquides ascitiques simples, constituent un autre argument en faveur de cette manière de voir. La coloration du liquide de l'ascite par du sang, coïncidant avec la présence de ces groupes de cellules est, dans mon opinion, une indication certaine de malignité. Cependant, même dans ce cas, nous observons des degrés très variés de

malignité, à en juger par la longueur du temps que les malades peuvent continuer à vivre, et ceci dans des conditions relativement bonnes, qui nécessitent seulement une ponction de temps à autre.

Dans le « Medical Times and Gazette » du 10 avril 1875, j'attirais l'attention sur la présence de ces groupes de cellules, et de certains autres éléments microscopiques, comme indiquant l'existence de végétations papillomateuses à l'intérieur des kystes, et j'exprimais, en même temps, mon opinion que tout kyste reconnu comme présentant ces papillomes devait être immédiatement enlevé, puisque, dans le cas où ceux-ci viendraient à s'échapper dans la cavité péritonéale, l'infection générale pourrait en être le résultat. Depuis la publication de ce mémoire, j'ai eu plus d'un cas qui était de nature à confirmer cette manière de voir... Les papillomes occupent une position du plus haut intérêt, sur la frontière des tumeurs simples et des tumeurs malignes, et lorsque leur histoire aura été écrite d'une façon plus complète, nous aurons, je crois, des renseignements précieux au sujet de la pathologie des tumeurs malignes.

On voit, d'après ce que je viens de dire..., que ces groupes de cellules peuvent se rencontrer dans des kystes ovariens qui, s'ils sont opérés de bonne heure, sont des tumeurs simples. D'un autre côté, je les regarde aussi comme étant, dans certains liquides péritonéaux, une preuve de malignité. Ceci paraîtra, au premier abord, une contradiction, mais il n'en est pas une, car j'ai connaissance de faits nombreux qui démontrent que, une fois devenus libres dans le péritoine, ils revêtent un caractère de malignité, parce qu'il en résulte un envahissement total du péritoine par ces papillomes. Et malgré qu'ils ne s'accroissent que lentement et qu'ils sont, comme je l'ai déjà dit, sur les limites de la malignité, ils finissent néanmoins par tuer les malades, car ils envahissent, par infiltration, les intestins, la vessie, etc., et apparaissent même dans le foie.

Deux ans plus tard, en mai 1877, M. Thornton, en rapportant l'histoire d'un cas de même nature, où il y avait eu en même temps rupture du kyste, étudiait plus en dé-

tail le mode de généralisation, dans ces circonstances. Voici ce qu'il dit à ce propos (1) :

Avant de procéder à la discussion de la question du mode de production de ces bourgeons, nous devons noter ce fait, qu'ils sont toujours moins nombreux sur la surface des intestins, et plus nombreux dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. En d'autres termes, ils sont plus nombreux dans les endroits dans lesquels le liquide ovarien tend naturellement à s'accumuler et où il est peu dérangé. On les trouve beaucoup plus souvent sur l'épiploon et sur le mésentère que sur le péritoine intestinal ou pariétal, les inégalités des surfaces, dans les premiers cas, offrant un logement plus commode pour les cellules.

Quant à la production de cette végétation, deux théories me paraissent réclamer notre attention.

1° Ces cellules, ou ces petits bourgeons qui s'échappent du kyste ovarien, prennent-ils véritablement racine sur le péritoine?

2° Ces cellules ou ces bourgeons communiquent-ils à la surface du péritoine, ou aux cellules de son tissu conjonctif endothélial ou sous-endothélial, par un contact suffisamment prolongé, le pouvoir de produire des végétations semblables à eux-mêmes?

Il me semble que la question tout entière du mode d'infection et de récidive dans les maladies malignes est trop peu comprise, pour que nous puissions donner une réponse positive, quant à la valeur comparative de ces deux théories, mais en nous rapportant à ce que nous avons appris sur le sujet de la greffe épidermique, et aux recherches de Creighton et d'autres sur le cancer, la seconde théorie me paraît la plus probable.

La possibilité de l'existence d'une certaine influence spermatique, exercée par la cellule péritonéale sur la néoformation, semble probable, à en juger par ce fait, qu'on peut constater une tendance, surtout dans les très jeunes nodules, à produire des cellules plus grandes, et ressemblant plus à celles du péritoine, tandis que dans les nodules plus anciennes et plus développées, la formation est plus exactement une copie des cellules qu'on trouve dans les kystes de l'ovaire.

(1) Transactions of the Pathological Society, t. XXVIII,

Que noas le regardions comme nn phénomène d'implantation directe, on comme un processns d'infection des cellules, nous devons nons attendre, d'après ce qne nons savons de la récidive et de la propagation de végétations de natnre maligne, à tronver les végétations ovariennes reprodnites sur le péritoine, et, en effet, comme je l'ai déjà dit, nons tronvons ordinairement les papillomes solides ainsi reproduits. Mais, à l'intérieur des kystes ovariens, il est très commnn de trouver de petites formations kystiqnes an milien des bourgeons plns solides, et en faisant des coupes dans les bonrgeons, nous rencontrons fréquemment des kystes microscopiqnes en voie de développement, dans lenr tissu conjonctif fondamental. Les kystes et les papillomes diffèrent en structnre en ce que dans les premiers le tissu conjonctif est à l'extérieur et l'épithélinm en dedans, tandis que dans les seconds, le tissu conjonctif forme la partie centrale solide, et l'épithélinm revêt sa snrface. Mais cette différence est plntôt apparente que réelle. Ceci est démontré par le fait qu'nn examen attentif montre des kystes et des bourgeons solides qni alternent, et se forment les nns à l'intérieur des autres.

Pour rendre mon cas parfait, comme exemple de l'infection du péritoine, il était nécessaire de tronver, sur la snrface péritonéale, non seulement des bourgeons solides, mais aussi des kystes. Il y avait longtemps déjà que j'étais à la recherche d'nn spécimen de ce genre, mais quoiqne les végétations solides soient relativement fréquentes, c'est la première fois que j'ai pu tronver nn kyste. L'observation est donc singuliérement complète (1). J'ai vu la malade au moment où les tumenrs étaient encore tout à fait petites, et j'ai pu fixer la date probable de l'infection, pnisque je savais celle de la rupture; et, enfin, j'ai pu enlever les tumeurs et les examiner, en même temps que les végétations péritonéales.

Avant de décrire plus en détail la structure des végétations péritonéales, je veux m'arrêter un instant à la considération de la place qu'elles doivent occuper dans la classification des tumenrs. Sont-elles simples ou malignes? L'histoire de plusieurs cas dans lesqnels cette infection péritonéale a été constatée au moment de

(1) On tronvera l'observation à la page 66 de cette thèse.

faire l'opération, me démontre qu'elles appartiennent aux deux catégories à la fois.

Ainsi, dans certains cas, la malade n'a pas eu une nouvelle accumulation de liquide dans le péritoine, et n'a présenté aucun symptôme de généralisation des végétations, même plusieurs années après l'ovariotomie. Dans d'autres cas, au contraire, le liquide s'est accumulé de nouveau, rapidement, et une opération exploratrice a révélé la présence de ces masses, en quantité énorme, sur toute la surface péritonéale. Un cas de ce dernier genre est arrivé à ma connaissance personnelle, dans lequel il y avait eu apparition de tumeur ovarienne ; rupture ; ponction ; ovariotomie ; nouvelle accumulation de liquide dans le péritoine ; ponction exploratrice et mort, le tout dans l'espace de quelques mois. Dans d'autres cas, où l'opération exploratrice a révélé une infection péritonéale très étendue, les malades ont vécu pendant des années après, avec une ponction de temps en temps, en apparence peu affectées par la maladie, malgré que celle-ci faisait des progrès graduels. Les néoformations dans ces divers cas sont identiques, quand on les examine au microscope, et il nous faudra chercher, dans la constitution des malades, l'explication de la différence dans l'évolution de la maladie (1). Dans quelques-uns des cas, sans doute, la tumeur ovarienne primitive était de nature maligne, mais dans d'autres la tumeur, en tant que le microscope pouvait nous renseigner, était simple. On verra immédiatement toute la portée qu'ont de tels cas, dans la question des théories rivales sur l'origine locale ou constitutionnelle du cancer et de ses alliés.

Le Dr Keith, d'Édimbourg, dans un article intitulé « Les résultats de l'ovariotomie, avant et depuis les antiseptiques », publié dans le « British Medical Journal » du 19 octobre 1878, s'exprime ainsi :

« Le plaisir qu'on a dans cette opération est considérablement troublé par la fréquence des cas dans lesquels on constate, pendant l'opération, l'existence de maladie

(1) Nous reproduisons plus loin quelques exemples publiés par M. Thornton à une date postérieure, des deux genres de cas.

maligne, et d'autres dans lesquels celle-ci apparaît quelque temps après, renversant toutes nos espérances. Dans le quart de mes décès, les tumenrs étaient malignes, et avec très pen d'exception, les malades qui sont mortes quelque temps après l'opération ont succombé à une affection cancéreuse quelconque. Ainsi, parmi celles-ci, cinq femmes, jeunes et florissantes de santé, m'ont quitté après des opérations difficiles, heureuses, et bien portantes, et elles sont mortes toutes depuis, dans un court espace de temps, de cancer péritonéal. »

Nous nous arrêtons là dans ces citations, et nous venons ensuite immédiatement à une opinion récente, des plus autorisées, qui se trouve formulée dans un travail que nous avons déjà cité, de MM. Malassez et de Sinéty, sur les kystes de l'ovaire. Dans les « Archives de physiologie » pour l'année 1880, à la page 885, dans le chapitre intitulé « Tumeurs secondaires », ils parlent ainsi :

« Dans plusieurs tumeurs kystiques (1), et des kystes proprements dits que nous avons examinés, nous avons rencontré de petites tumeurs, siégeant à la surface péritonéale de l'utérus, du ligament large, du rectum et de l'épiploon, parfois même dans le foie, et jusque dans la plèvre. Comme elles avaient la même stucture que certaines parties, des néoformations ovariennes correspondantes, et n'en différaient que par leur développement moins con-

(1) « Nous avons désigné sous le nom de *tumeurs kystiques de l'ovaire*, les kystes dans lesquels les parties solides prédominent, tandis que dans les kystes proprement dits, c'est l'élément kystique qui l'emporte; distinction importante au point de vue chirurgical. Il existe, toutefois, nous le répétons encore, des formes intermédiaires entre les kystes de l'ovaire proprement dits, et les tumeurs dont nous allons nous occuper. » Archives de physiologie, 1880, p. 867.

sidérable ; comme de semblables tumeurs ne se rencontrent pas d'ordinaire primitivement dans ces régions, nous en avons conclu : 1° que ce devaient être des tumeurs secondaires ; 2° que les tumeurs primitives devaient être douées d'un certain degré de malignité. Fait d'un grand intérêt au point de vue pratique comme au point de vue purement scientifique ».

Il nous tarde de céder la parole définitivement sur cette question de la généralisation des kystes aux auteurs de cette étude histologique si détaillée, si complète, et qu'ils ont su rendre en même temps si attrayante. Il faut cependant que nous disions un mot de préface aux autres citations que nous allons donner.

Pour ces auteurs, les kystes de l'ovaire se divisent, comme nous venons de le voir, en tumeurs kystiques, et kystes proprement dits, et, de ces deux variétés, la première est, d'après eux, celle qui semble donner lieu à des tumeurs secondaires, qu'on observe plus rarement avec les kystes proprements dits. Cependant la tendance à la prolifération existe aussi dans ces derniers, car à la page 870 de ce même volume (1880) nous trouvons les paroles suivantes : « Nous avons souvent trouvé, dans des kystes de l'ovaire proprement dits, des végétations purement sarcomatenses, qui arrivaient à combler plus ou moins complètement les cavités kystiques dans lesquelles elles s'étaient développées. » Ils considèrent ces deux espèces de kystes comme identiques dans leur origine, et même comme étant susceptibles de se transformer l'une dans l'autre. Ainsi, ils définissent les tumeurs kystiques comme « pouvant être considérées comme des kystes proprement dits, dans lesquels il s'est produit soit un développement plus considérable du stroma, et des parties épithéliales, soit une trans-

formation dans le sens embryonnaire de l'une ou de l'autre de ces deux parties, parfois même des deux simultanément ou successivement, » et ils déduisent de cette définition, des conséquences d'une haute importance clinique, que nous verrons plus tard, à propos du pronostic de cette affection.

Parmi ces tumeurs qu'ils considèrent comme particulièrement disposées à la généralisation, c'est-à-dire parmi les tumeurs kystiques, ils distinguent deux espèces (1880, page 868); 1° les tumeurs kystiques par néoformation conjonctive; et 2° les tumeurs kystiques par néoformation épithéliale, et ils subdivisent ces deux espèces principales en plusieurs variétés présentant des degrés différents de tendance à la prolifération. Ainsi, dans le premier groupe ils admettent une variété qu'ils nomment « tumeurs kystiques par tissu fibro-sarcomateux », qui sont, pour eux, « des kystes à une ou plusiers loges, ne différant des types ordinaires que par le plus grand épaississement de leurs parois et de leurs cloisons, épaississement qui serait uniquement dû au plus grand développement de l'un ou de l'autre de leurs éléments constituants : muscles lisses, faisceaux fibreux, éléments cellulaires » (p. 870). Au contraire, en parlant des variétés à tendance encore plus marquée à la prolifération, ils disent : « Nous allons voir, en effet, qu'il existe des tumeurs kystiques qui présentent des tumeurs secondaires à la façon des véritables cancers. »

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire, en vue de la compréhension facile et complète des conclusions pratiques que MM. Malassez et de Sinéty déduisent de leur étude, et des observations que nous reproduisons plus loin, que de transcrire ici quelques paragraphes de cette partie de leur travail où ils décrivent les variétés de kystes qui se

compliquent le plus souvent de tumeurs secondaires péritonéales. Nous commencerons par les « tumeurs kystiques par tissu colloïde. » Ceci se trouve dans les « Archives » pour 1880, à la page 871.

Nous rangeons dans les tumeurs kystiques par néoformation conjonctive, celles qui résultent du développement de masses colloïdes : nous verrons, en effet, qu'on peut les rapprocher du tissu muqueux. Elles ont ceci de remarquable que, les parties néoformées étant transparentes et molles, tandis que le tissu qui les entoure est resté fibreux, elles ressemblent, à l'œil nu, à des cavités kystiques remplies d'un contenu gélatineux (1). Ce genre de tumeur est fréquemment accompagné de tumeurs secondaires ; elle semble du reste se développer plus rapidement que les autres néoformations conjonctives; ce qui justifie les dénominations qui lui ont été données, de cancer colloïde de l'ovaire, de dégénérescence aréolaire, ou gélatiniforme.

Le tissu colloïde apparaît soit dans l'épaisseur des parois et des cloisons, soit à la surface des cavités kystiques sous forme de végétations.

... Il est difficile de dire comment se forme cette substance. On voit bien parfois les cellules de tissu conjonctif devenir colloïdes, et l'on pourrait en conclure qu'elle est une production cellulaire. Mais cette dégénérescence est loin d'être un fait constant, et l'on rencontre souvent des cellules conjonctives parfaitement normales au niveau même d'un dépôt muqueux. On est ainsi conduit à penser que c'est un produit interstitiel plasmique, dont l'origine nous échappe.

Tumeurs kystiques par néoformation épithéliale. — Nous étudierons sous ce titre non seulement les néoformations purement épithéliales, celles qui se développent dans un tissu conjonctif préexistant, mais encore celles qui sont accompagnées d'une néoformation

(1) « Cruveilhier les désignait sous le nom de dégénérescence aréolaire ou gélatiniforme : aréolaire en raison de la disposition du tissu fibreux au milieu de la masse morbide ; gélatiniforme en raison de l'aspect de cette masse. On les a désignées ailleurs sous le nom de cancers colloïdes, en raison de leur marche envahissante. »

conjonctive, laquelle leur sert de support de tissu nourricier. Ces derniers sont, à vrai dire, des néoformations mixtes, dans lesquelles, cependant, l'élément épithélial joue le rôle le plus important. Ce sont les plus fréquents.

Nous y joindrons aussi les néoformations dites épithéloïdes, celles dont les éléments n'ont ni la forme des épithéliums normaux et adultes ni leur disposition en revêtement. Ils sont constitués par des amas de cellules polymorphes, et se présentent à nous sous l'aspect de lobes ou de prolongements. On ne peut nier leur nature épithéliale en raison des rapports de continuité et des formes intermédiaires, qui existent entre eux et les néoformations dont la nature épithéliale est évidente (page 875).

Des différents types de néoformation que nous venons de décrire et principalement de celles qui présentent plusieurs couches, ou sont constituées par des cellules métatypiques, on peut voir partir des prolongements cellulaires pleins. Dans certaines tumeurs ces productions sont excessivement développées, et donnent lieu à un tissu qui présente tous les caractères microscopiques du carcinome: travées fibreuses formant des cavités alvéolaires, et dans ces cavités, amas de cellules dites épithéloïdes. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, la nature épithéliale de ces cellules carcinomateuses nous a paru indiscutable: 1° en raison de la continuité de tissu que l'on peut constater entre ces amas de cellules carcinomateuses et des revêtements de kystes franchement épithéliaux; 2° en raison de l'existence dans ces masses carcinomateuses de petites cavités qui ne sont nullement dues à une dégénérescence quelconque de cellules, et qui sont tapissées par des éléments nettement épithéliaux. Nous n'irons pas jusqu'à conclure de ces faits que tous les carcinomes sont des épithéliomes, mais on peut affirmer, à ce qu'il nous semble, qu'il est des carcinomes de nature épithéliale. Du reste nous verrons, plus loin, qu'il existe souvent dans ces cas, des tumeurs secondaires dans le péritoine, voire même dans la plèvre; et ces néoformations éloignées présentent encore cette structure carcinomateuse et épithéliale tout à la fois. Ce dernier type de tumeurs kystiques forme une des variétés anatomiques de ce que les cliniciens ont décrit sous le nom de kystes cancéreux (page 878).

Parmi les néoformations carcinomateuses que nous avons trou-

vées dans les tumeurs kystiques, il en est dans lesquelles le tissu conjonctif se présente sous la forme de grosses travées se subdivisant en travées plus petites et s'anastomosant de façon à constituer une sorte de réticulum irrégulier. Sur des préparations non traitées par le pinceau on ne distingue que les grosses travées conjonctives limitant des amas plus ou moins considérables de cellules épithéloïdes, et l'on croit avoir affaire à un carcinome ordinaire. Mais lorsqu'on a chassé les cellules par le pinceau, on trouve, au milieu de ces alvéoles, de très petites travées conjonctives, partant des parois et formant une sorte de réseau. On voit aussi des capillaires non seulement dans les grosses travées fibreuses, mais encore dans les travées secondaires intra-alvéolaires ; ces capillaires sont parfois en contact immédiat avec les cellules cancéreuses.

Le tissu conjonctif qui compose ces travées est tantôt complètement fibreux, et alors la différenciation entre le stroma et les cellules épithéloïdes est facile, tantôt il est fibro-sarcomateux, ou sarcomateux même, et il semble exister des formes intermédiaires entre les jeunes cellules épithéloïdes des alvéoles. Il devient alors très difficile de dire ce qui appartient au contenu alvéolaire, ce qui fait partie du stroma conjonctif.

Dans quelle classe de tumeurs ranger ces néoformations ? Elles ressemblent au carcinome par leur disposition alvéolaire, par les cellules qui remplissent les alvéoles, mais elles en diffèrent par l'existence des vaisseaux conjonctifs et des capillaires sanguins que l'on rencontre dans ces alvéoles, et qui n'existent pas dans le carcinome. Elles se rapprochent, d'autre part, du sarcome, par ce mélange de faisceaux conjonctifs et d'éléments cellulaires, mais elles en diffèrent par la disposition alvéolaire. Ce sont, croyons-nous, des tumeurs semblables que Billroth a décrites sous le nom de sarcome alvéolaire.

Pour bien comprendre la signification de cette néoformation, il faut se rapporter aux premiers développements de l'ovaire. Si on vient, en effet, à examiner des coupes d'ovaire de fœtus de quatre mois environ, on sera frappé des ressemblances qui existent entre elles, et celles provenant des productions qui nous occupent en ce moment. Sur ces ovaires nous voyons des travées fibro-sarcomateuses partir du pédicule et se réunir, les unes aux autres, en laissant entre elles des espaces alvéolaires remplis de cellules épithé-

loïdes ; et lorsqu'on traite ces préparations par le pinceau, on voit que dans ces alvéoles pénètrent et se ramifient de plus petits faisceaux conjonctifs. La seule différence qne l'on puisse constater, est dans la plus grande régularité du tissn et des éléments. Nous laissons de côté, bien entendn, les ovules qui sont déjà reconnaissahles et se rencontrent ordinairement dans les grosses travées fibrosarcomatenses, et parfois dans les portions alvéolaires (1). Cette ressemhlance de structure nous permet, jusqu'à nn certain point, à conclure à nne similitude de développement. Or, le tissu ovarien étant le résultat d'un processus conjonctif et épithélial, tont à la fois, épithélial surtout, nous ponvons supposer qu'il en est de même pour les néoformations dont nous nous occupons ; et nous sommes ainsi conduits à les ranger dans le groupe des productions épithéliales, parmi celles qui se développent suivant le type glandulaire, en notant seulement que ce n'est pas aux glandes complètement développées qu'elles se rapportent, mais aux glandes en voie de développement.

Plus loin, dans les « Archives » pour 1881, à la page 267, au chapitre sur les « tumeurs kystiques et tumeurs secondaires », nous trouvons les remarques suivantes :

Ayant constaté les ressemhlances considérahles qui existent, au poiut de vue de la structure, entre les kystes proprement dits de l'ovaire, et les tumeurs kystiques, nous avons fait remarquer que leurs différences pouvaient s'expliquer par de légères modifications dans le processus.

Dans les unes il s'est prodnit un développement plus actif, soit du stroma, soit des néoformations épithéliales tuhulaires et kystiques. Daus les autres, ces parties n'ont atteint que des formes embryonnaires, c'est-à-dire, qu'au lieu d'un tissu conjonctif adulte, il s'est produit dans le stroma un tissu sarcomateux ou myxomateux ; et qu'au lieu de néoplasmes épithéliaux, se disposant en revêtement,

(1) « Cette période de développement de l'ovaire correspond à celle qui précède la formation des tubes de Pflüger. Dans les ovaires plus âgés, la disposition alvéolaire ne se rencontre plus que dans les positions les plus superficielles de l'organe. »

il s'est formé des masses épithéliales pleines, sans cavité, masses d'aspect carcinomateux, que nous avons comparées aux prolongements pleins que présentent bon nombre de glandes en voie de développement.

On peut admettre que certaines tumeurs kystiques ont toujours eu la structure que nous leur voyons ; qu'elles ont toujours été tumeurs kystiques ; mais les analogies de structure qu'elles présentent avec les kystes proprement dits, les formes intermédiaires qu'on observe, la marche clinique de quelques-unes d'entre elles, semblent prouver qu'elles peuvent également provenir d'une transformation de kystes proprement dits ; fait du plus grand intérêt, au point de vue scientifique comme au point de vue pratique. On conçoit facilement que le stroma des kystes proprement dits prenne un développement plus considérable, et que le tissu conjonctif adulte qui le compose soit le point de départ de néoformations plus embryonnaires, sarcomateuses ou myxomateuses. On conçoit également que les formations épithéliales puissent se développer suivant le type carcinomateux, qui, nous venons de le dire, peut être regardé comme une forme épithéliale embryonnaire.

Quant aux productions que nous avons considérées comme secondaires, leur ressemblance avec les tumeurs primitives, leur moindre développement nous montrent bien que ce sont des produits d'infection. Quelques kystes de l'ovaire sont donc doués d'un certain degré de malignité; tels sont ceux qui présentent des néoformations adénoïdes, carcinomateuses ou colloïdes. Avec les productions adénoïdes, la malignité est plus locale, elle est comparable à celle de certains papillomes et adénomes des muqueuses; mais avec les productions carcinomateuses et colloïdes, l'infection porte son action plus loin, jusque dans la plèvre; elle est semblable à celle des cancers.

Les tumeurs kystiques, étant souvent constituées, en majeure partie, par ces tissus adénoïdes, carcinomateux ou colloïdes, exposent donc plus à cette complication que les kystes proprement dits.

En résumé (1), il résulte de ces recherches que les tumeurs kys-

(1) Archives, 1880, p. 884. Nous avons déjà reproduit une partie de cette phrase.

tiques peuvent être considérées comme des kystes proprement dits, dans lesquels il s'est produit soit un développement plus considérable du stroma ou des parties épithéliales, soit une transformation dans le sens embryonnaire de l'une ou de l'autre de ses deux parties, parfois même des deux simultanément ou successivement. Cette manière de voir est très propre à rendre compte de ces transformations qui s'observent en clinique, de kystes véritables en tumeurs kystiques ou presque complètement solides, de tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

Nous terminerons (page 881) en citant un cas plus complexe. Il existait à côté de néoformations épithéliales adénoïdes ou carcinomateuses..... des productions colloïdes. Celles-ci étouffaient même celles-là..... Il en résultait que les masses encéphaloïdes, qui constituaient la majeure partie de cette tumeur, étaient remplacées par des masses colloïdes, ce qui pouvait faire penser, vu leur ressemblance extérieure avec des kystes vrais, que la tumeur kystique se transformait en kyste proprement dit.

C'est là un exemple remarquable des singulières modifications que peuvent présenter les tumeurs dans leur développement. Nous voyons, en effet, une tumeur, qui était probablement au début simplement épithéliale, subir la transformation colloïde, c'est-à-dire devenir conjonctive, bref, changer complètement de nature, si ce n'est de malignité (1).

(1) M. Quénu, dans sa thèse déjà citée, sur les « kystes non dermoïdes de l'ovaire », donne la description suivante de l'aspect que présentent les kystes végétants examinés à l'œil nu.

« La surface externe du kyste, dit-il, au lieu d'être lisse, polie, peut être chagrinée, villeuse, et même donner implantation à des végétations comparables aux choux-fleurs de certains cysto-sarcomes du sein. Les végétations extérieures coïncident souvent avec de l'ascite, et alors à l'ouverture du ventre, on les voit s'étaler sous forme de franges dans le liquide péritonéal. Ces végétations ne paraissent pas très vasculaires, leur coloration est gris blanchâtre, un peu celle des fongosités des tumeurs blanches. Leur structure est la même que celle des végétations intérieures (page 11).

« La paroi interne des cysto-épithéliomes donne quelquefois naissance à des productions végétantes analogues à celles que nous avons signalées déjà sur la paroi externe. Les végétations intérieures sont de

Nous ferons suivre ces considérations théoriques, par quelques observations cliniques qui sont de nature à nous renseigner davantage sur la question. En considération de l'importance du sujet, nous nous permettons de multiplier un peu plus les preuves, sur ce point, que nous n'avons voulu faire pour les autres parties de notre étude. Nous suivrons l'ordre chronologique, et nous commencerons par deux observations du Dr Foulis, auxquelles nous avons déjà eu occasion plusieurs fois de faire allusion.

Obs. VIII. — Kyste de l'ovaire avec généralisation. Observation du Dr Foulis. Rapport de la Medico-chirurgical Society d'Edimbourg, séance du 3 février 1875. (Edinburgh medical Journal, t. XX, p. 839.)

Le sujet de cette observation était une Irlandaise, qui consultait le Dr Thomas Keith au commencement du mois d'octobre précédent, pour une tumeur abdominale. Dr Keith constatait l'existence d'une tumeur demi-solide, plus grande qu'une tête d'adulte, et entourée d'une quantité considérable de liquide ascitique. Il fit une ponction et il s'écoula environ neuf litres de liquide, teint en rouge. Le dépôt que donnait ce liquide fut examiné avec soin au microscope. A l'œil nu, on y voyait un grand nombre de petit corps, variant en diamètre depuis une tête d'épingle jusqu'à des points presque imperceptibles. Ces petits corps, sous le microscope, devenaient des petits amas de cellules épithéliales et de noyaux en voie de prolifération extraordinaire ; des cellules épithéliales présentant tous les degrés de développement, faisaient saillie dans ces petits groupes. Leur ressemblance étroite avec les cellules épithéliales qui tapissent les jeunes kystes d'une tumeur ovarienne, faisait penser à M. Foulis que les petits groupes ou amas étaient des fragments

beaucoup les plus fréquentes et même, pour quelques auteurs, comme Peaslee, les végétations extérieures ne seraient que le résultat de l'irruption au dehors d'excroissances papillaires de la surface interne » (page 17).

épithéliaux qui s'étaient échappés de petits kystes qui se seraient rupturés, et qui, se trouvant libres dans le liquide de l'ascite, se mettaient à proliférer.

La santé de la malade s'améliora à la suite de la ponction et l'ovariotomie fut pratiquée. On trouvait une masse fongueuse du volume d'un œuf, implantée sur la paroi pelvienne du côté droit, et la tumeur elle-même n'était qu'une masse énorme de tissu malin.

Plusieurs petits kystes rupturés se trouvaient sur la surface de la tumeur, et d'autres, en nombre considérable, non rupturés et remplis de grandes cellules épithéliales, étaient situés en différentes parties de la tumeur. Dans quelques-uns des kystes, l'épithélium était très épaissi et faisait saillie sous forme de végétations papilliformes.

Obs. IX. — Kyste de l'ovaire avec généralisation. Observation du Dr Foulis. (Edinburgh medical Journal, t. XX, p. 840.)

Le second cas est celui d'une femme d'environ 30 ans, qui consultait Dr Keith au mois de septembre précédent, pour une tumeur abdominale. Dr Keith trouvait, en effet, une tumeur volumineuse, constituée par un kyste de l'ovaire, entourée d'une grande quantité de liquide ascitique. La cavité pleurale droite était également le siège d'un épanchement considérable (1). Dr Keith ponctionnait d'abord l'abdomen et ensuite, trois jours plus tard, la plèvre. Il retirait de la cavité pleurale treize litres et demi de sérum. L'examen microscopique du liquide montrait une grande quantité de cellules et de noyaux libres, provenant des kystes de la tumeur ovarienne.

Le 3 octobre, M. Keith ponctionnait de nouveau l'abdomen et en retirait 32 litres de liquide. Le dépôt que donnait celui-ci fut examiné. A l'œil nu, on y voyait des petits corps blancs nombreux, qui

(1) MM. Keith et Thornton et d'autres accordent une grande importance, au point de vue du diagnostic, à la coexistence de ces deux épanchements.

devenaient, sous le microscope, des amas d'épithélium proliférant, semblables à ceux qu'on avait trouvés chez l'autre malade.

Le 27 novembre, nouvelle ponction de l'abdomen. Le liquide fut versé dans un grand bassin, et au bout de deux heures le dépôt était épais de 2 centimètres 1/2 et, sans exagération, il était composé à moitié de ces petites masses d'épithélium végétant, tant celles-ci avaient augmenté de nombre. A ce moment, la malade se portait remarquablement bien, et lorsqu'on lui demandait comment elle était, elle répondait toujours : « Mais je me trouve très bien ! » Elle ne présentait aucun signe extérieur de maladie maligne interne.

L'expérience que nous avions acquise avec l'Irlandaise amenait Dr Keith à considérer ce cas comme offrant des contre-indications formelles à l'opération. La malade retournait chez elle, à Perth, peu de temps après, et le 28 décembre elle mourait subitement. Je dois à la grande bonté du Dr Absalom, de Perth, qui a fait un examen post-mortem très complet, une description de la tumeur et de l'état de la cavité abdominale en général.

La surface péritonéale était semée partout de petits nodules de nature maligne. La tumeur pesait environ 12 livres. Elle était formée par l'ovaire droit. La trompe de Fallope était allongée sur le côté de la tumeur, dans une étendue de 14 pouces. La tumeur était constituée par un grand nombre de kystes, variant en volume depuis une bille jusqu'à une tête de fœtus, fusionnés ensemble, tous, et présentant différents degrés de solidité. Dans tous les kystes, la surface interne était rugueuse et présentait l'aspect des végétations en choux-fleurs. Au centre de la tumeur se trouvait une masse demi-solide de substance maligne du volume d'une tête d'enfant. La tumeur elle-même était tout entière de nature maligne... Dans ce cas, il était impossible de dire, d'après les signes extérieurs, que la femme était atteinte d'une maladie interne d'un caractère si grave, et cependant, après la mort, on a trouvé dans son abdomen au moins 10 livres de substance cancéreuse.

Nous avons déjà cité une observation de même nature, présentée quinze jours plus tard, par M. Knowsley Thornton.

rnton, à la séance du 16 mars, de la Pathological Society de Londres, et un article publié par lui dans le Medical Times and Gazette du 10 avril de la même année (voyez pages 45 et 46 de cette thèse). Le Dr Foulis présentait trois autres observations à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, à la séance du 7 juillet suivant (voyez page 47), mais nous n'en avons pas trouvé d'autres détails que ceux que nous avons déjà donnés.

Deux ans plus tard, M. Thornton rapportait un autre cas qui présentait quelques points d'intérêt spéciaux; le voici :

Obs. X. — Kystes des deux ovaires à la fois, avec infection péritonéale. Rupture d'un des kystes. Ovariotomie. Guérison. Observation du Dr Knowsley Thornton. Transactions of the Pathological Society, tome XXVIII, page 189.

Mme S..., âgée de 41 ans, mariée et mère d'un enfant de 9 ans, venait à ma consultation au Samaritan Hospital le 10 janvier 1877. Après un examen détaillé, j'arrivais à la conclusion que cette femme portait une petite tumeur ovarienne mobile, du côté droit, et que son utérus était augmenté de volume, et présentait des fibromes de forme irrégulière, sur ses parois postérieure et latérale gauche.

Un mois plus tard, la tumeur ovarienne était devenue plus volumineuse, mais elle était toujours de grosseur moyenne. Il ne paraissait pas y avoir de changement dans l'état utérin.

14 février. La femme revenait avec l'abdomen aplati et dépressible. Le péritoine était évidemment rempli de liquide libre, et la tumeur avait disparu en majeure partie.

Il était arrivé que la femme, en allant un peu précipitamment ouvrir une porte, le jour précédent, avait éprouvé en même temps une sensation de quelque chose qui se rompait. Depuis ce temps, elle rendait des quantités considérables d'urine claire et limpide.

Elle n'avait éprouvé que très peu de douleur, et actuellement elle ne souffrait pas du tout. Je lui donnais le conseil de rentrer chez elle et de garder le repos.

Le 28. Une masse nodulaire irrégulière était apparue dans la poche de Douglas. Je ne pouvais pas constater les rapports exacts qu'elle présentait avec l'utérus, et je me demandais si c'était la masse fibreuse irrégulière que j'avais déjà trouvée du côté droit, ou si c'était une néoformation de nature maligne, appartenant au péritoine.

La malade partait pour la campagne, et je ne la voyais plus jusqu'au 25 avril, lorsqu'elle revenait avec la tumeur ovarienne beaucoup plus grosse. Il y avait encore du liquide libre dans l'abdomen, et la masse dans la poche de Douglas était également augmentée de volume et moins mobile.

La malade demandait avec instance qu'on l'opérât, et je la fis entrer à l'hôpital.

M. Spencer Wells et d'autres la voyaient avec moi et ils s'accordaient tous sur la nature de la tumeur située du côté droit, mais ils différaient beaucoup entre eux, à propos de la masse pelvienne. Tous, cependant, la considéraient comme étantimmobile, et l'un d'eux affirmait qu'elle était fixée au sacrum. J'étais moi-même indécis quant à sa nature, mais après un examen minutieux j'étais convaincu qu'elle était mobile, quoique en rapport intime avec l'utérus. La masque brune qu'on voyait sur la face de la malade et mon premier diagnostic, me faisaient pencher vers l'opinion que cette masse tenait par son origine à l'utérus. M. Spencer Wells émit l'hypothèse que c'était l'autre ovaire malade et en prolapsus. Il se prononçait également pour l'immobilité.

3 mars. Je pratiquais l'ovariotomie et je trouvais la tumeur droite libre, et avec un pédicule ordinaire. Elle était constituée, comme vous voyez, d'une agglomération de petits kystes et d'un autre plus grand. Ce dernier était rempli de végétations papillomatenses, molles et rouges. Je transperçais le pédicule, le divisant en deux moitiés que je liais séparément, et j'enlevais la tumeur. Pendant que je faisais ceci, je remarquais que la surface périto-

(1) Cette observation est accompagnée de dessins.

néale, surtout dans le pelvis, était semée de petits nodules durs et blancs, dont quelques-uns étaient sessiles et d'autres pédiculées (1). Il y avait aussi du liquide rouge brun, libre dans le péritoine. Je passais ma main dans le bassin et j'en retirais la masse nodulaire, qui se trouvait être l'ovaire gauche, qui avait pris les dimensions d'un poing d'homme, et qui s'était transformé en une foule de petits kystes transparents depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noix, tassés les uns contre les autres et formant une tumeur nodulaire irrégulière et très ferme. Cette tumeur était absolument dépourvue d'adhérences, mais elle remplissait entièrement, en la distendant, la poche, et elle était attachée au côté gauche de l'utérus, par un pédicule large et mince, que je transfixais en trois endroits, le divisant en quatre portions. Je coupais les fils au ras des nœuds, comme j'avais déjà fait pour l'autre tumeur, et je laissais les deux libres dans le péritoine.

Pendant que je nettoyais la cavité pelvienne, plusieurs des petits nodules blancs que j'ai déjà mentionnés se détachaient, et on pouvait constater que quelques-uns d'entre eux étaient osseux ou en voie de dégénérescence calcaire. Immédiatement avant de fermer l'incision, je voyais un petit kyste du volume d'un petit pois qui était attaché au bord inférieur libre de l'épiploon. Je plaçais une ligature en fil de soie et j'enlevais le kyste. Il présentait, à l'œil nu, absolument l'apparence d'une tumeur ovarienne en miniature. Je le mettais, avec quelques-unes des végétations solides, dans une solution d'acide osmique, et je les gardais en vue d'un examen ultérieur.

Ce cas est intéressant en ce qu'il présente, d'une manière exceptionnellement complète, un exemple de cette catégorie de cas dans lesquels nous trouvons de petits nodules sur la surface péritonéale, à la suite de rupture de kyste ovarien...

Dans le cas actuel, il y avait des signes évidents de commencement de papillomes dans plusieurs des petits kystes appartenant aux deux tumeurs, en dehors des grandes masses à l'intérieur du kyste principal, que vous voyez.

Je n'ai pas besoin de décrire plus en détail ces végétations. Partout, dans les petits kystes comme dans les grands, la structure

correspondait exactement à celle des petits bourgeons qu'on trouvait sur la surface du péritoine, à l'exception de la substance calcaire que renfermaient ces derniers, sur laquelle je ne me propose pas d'insister ici. Le petit kyste multiloculaire que j'ai enlevé de l'épiploon était une reproduction exacte, en miniature, d'une tumeur ovarienne multiloculaire. Il comprenait trois poches séparées, dont la plus grande était partiellement cloisonnée par des septa fibreux, semblables à ceux qu'on trouve ordinairement dans les kystes de l'ovaire. A l'intérieur, il était tapissé par un épithélium pavimenteux irrégulier, qui ressemblait tellement à celui qu'on trouve dans certains kystes ovariens, qu'en regardant les deux au microscope, sans lire les étiquettes, je ne pouvais pas les distinguer l'un de l'autre. Cet épithélium était formé par une couche unique, pour la plus grande partie, et il avait une membrane fondamentale hyaline ou vaguement fibrillaire.

Dans le « Medical Times and Gazette » du 19 février 1881 à la page 214, M. Thornton, en rappelant cette observation, ajoute ceci : « Cette femme fit une bonne convalescence, et je l'ai suivie depuis, en m'assurant de son état par un examen attentif, répété deux fois par an. La dernière fois que je l'ai vue, elle était encore en excellente santé, et toutes traces des petits papillomes que j'avais vus et sentis, sur toute la surface du péritoine, au moment de l'opération, avaient complètement disparu » (1).

Nous donnerons ensuite une observation de M. le Dr Colrat, de Lyon, publiée dans le « Lyon médical » en 1879, sous le titre de « Note sur un cas de maladie kystique de l'ovaire avec généralisation. » Cette observation est précé-

(1) Nous renvoyons, à propos de ce cas, aux remarques de M. Thornton que nous avons reproduites à la page 51 de cette thèse.

dée de quelques remarques que nous reproduisons, de même que l'observation, *in extenso*.

Obs. XI. — Kyste de l'ovaire avec généralisation. Observation du Dr Coirat. Lyon-Médical, 28 décembre 1879, page 587.

Depuis longtemps les chirurgiens ont signalé la nature maligne de certains kystes de l'ovaire, c'est-à-dire la généralisation qui peut les accompagner ou les récidives qui peuvent survenir après leur ablation. Ils ont, de plus, indiqué que cette généralisation s'observe surtout dans les cas où la tumeur ovarique contient des masses solides proliférantes, ou de la matière franchement colloïde. Aussi ont-ils donné à ces sortes de tumeurs les noms de sarcomes, myxomes kystiques, myxo-sarcomes, ou, plus généralement, de cancers kystiques.

D'un autre côté, depuis que l'attention des histologistes a été attirée sur les tumeurs kystiques de l'ovaire, ils ont vu que toutes ne résultaient pas du même processus pathologique et appartenaient à des espèces différentes.

Les tumeurs kystiques de l'ovaire susceptibles de se généraliser, peuvent être de diverses natures. Dans certains cas, il s'agit de kystes développés dans des tumeurs malignes, la tumeur maligne étant primitive et le kyste le résultat de la dégénérescence des éléments de cette tumeur.

Dans d'autres cas, on trouve de grands kystes multiloculaires appartenant à cette classe de tumeurs que l'on a désignée sous le nom d'hétéronome kystique, ou, plus récemment, sous celui d'épithélioma mucoïde (1). Ces kystes, le plus souvent bénins, et constituant l'immense majorité des cas de maladie kystique de l'ovaire peuvent, dans de rares exceptions, devenir susceptibles de se généraliser, sans cesser de présenter l'aspect ordinaire des kystes de l'ovaire. Pour expliquer cette généralisation, on a pensé que dans

(1) Voir le travail de MM. Malassez et de Sinéty. Archives de physiologie, 1878.

ces cas, les tumeurs kystiques pouvaient devenir sarcomateuses ou carcinomateuses, ainsi que cela a été observé dans certains adénomes du sein.

Nous ne saurions constester la possibilité du développement d'un sarcome ou d'un carcinome sur des kystes de l'ovaire; mais dans l'observation que nous croyons devoir publier, nous pensons qu'on verra la démonstration d'une hypothèse émise récemment par MM. Malassez et de Sinéty, à savoir : que les kystes de l'ovaire peuvent se généraliser sous leur propre forme, c'est-à-dire donner naissance à des tumeurs métastatiques ayant la structure d'un épithélioma du type cylindrique (1).

Jeanne V.., 51 ans, née à la Côte Saint-André, domestique, mariée, sans enfant, a toujours eu une menstruation régulière.

Elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'autre affection qu'un ulcère variqueux, il y a dix ans, disparu depuis longtemps.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à un an. Elle s'aperçut à cette époque que son ventre grossissait; ce fut le seul symptôme pendant longtemps.

La tuméfaction abdominale augmentait assez régulièrement, sauf quelques rémissions passagères; mais l'état général était satisfaisant et la malade pouvait continuer son travail. Il y a huit jours, à la suite d'une augmentation brusque du volume de l'abdomen, elle dut prendre le repos.

La malade se présente le 5 août 1879 à l'hôpital Saint-Pothin, où elle est admise salle Sainte-Marie, nº 19, service de M. le professeur Soulier, que j'avais l'honneur de suppléer à ce moment.

On constate que l'abdomen présente un volume considérable. Les parois sont sillonnées de veines saillantes; la sensation de flot est très nettement perçue, la matité est modifiée suivant la position que prend la malade, sauf au niveau de l'hypogastre où elle est persistante.

L'abdomen n'étant pas très tendu, on parvient, en déprimant la paroi antérieure, à sentir une tumeur volumineuse, présentant au

(1) Cette observation a été prise par M. Milsom, interne du service.

moins le volume d'une tête d'adulte. Cette tumeur, qui occupe la région iliaque droite, remonte jusqu'au niveau de l'ombilic; elle paraît flotter dans l'abdomen au milieu du liquide-ascitique, sans être retenue par aucune adhérence. Le toucher vaginal fait sentir une tumeur dans le cul-de-sac postérieur; cette tumeur est bien mieux perçue par le toucher rectal; on sent qu'elle fait corps avec l'utérus. Le cathétérisme utérin ne peut être pratiquée, le col paraissant extrêmement rétréci.

Le cœur est sain, l'auscultation thoracique ne révèle rien d'anormal, mais la malade est très opressée. Les deux membres inférieurs sont très œdématiés. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 16 août, on constate les symptômes suivants : la malade maigrit, l'ascite augmente, la pression est plus considérable. L'auscultation fait reconnaître un épanchement pleurétique gauche (souffle, égophonie remontant jusqu'à l'angle inférieur du scapulum).

22 septembre. La dyspnée devenant intolérable malgré la disparition presque complète de l'épanchement pleural, et sur les instances de la malade, on pratique la paracentèse abdominale. On retire onze litres de liquide assez coloré et très albumineux. Immédiatement après la ponction, on perçoit très nettement la tumeur qui présente le même volume. Elle est bosselée, d'une consistance très irrégulière.

L'amélioration qui suit la ponction a été passagère, bientôt le liquide s'est répandu, et la malade succombe dix jours après, dans le collapsus.

A l'ouverture de l'abomen, après l'écoulement de 10 à 15 litres de sérosité, on peut voir la tumeur ovarique qui remonte jusqu'à l'ombilic. Elle occupe la moitié gauche de la partie inférieure de la cavité abdominale. Elle est absolument dépourvue d'adhérences, flotte librement dans le liquide ascitique et n'est retenue que par le ligament large qui la relie à l'utérus. L'utérus est très volumineux, mesure environ 0,20 dans son diamètre vertical, et 0,10 dans son diamètre transversal. Il est bosselé et présente en arrière une tumeur qui a le volume d'un œuf de poule.

L'ovaire droit est normal.

Outre ces altérations, on trouve, dans la partie inférieure du

grand épiploon, au niveau de son bord libre, deux tumeurs blanchâtres présentant chacune le volume d'un œuf de poule.

Ces tumeurs ne présentent aucune adhérence.

Sur la rate, on constate de petites tumeurs blanches, analogues comme aspect à celles de l'épiploon. La plus volumineuse, qui a la grosseur d'une noix, occupe le hile de la rate ; les autres, au nombre de six, plus petites, paraissent comme étalées sur la capsule. Elles sont irrégulièrement circulaires ; la plus grosse atteignant le diamètre d'une pièce de deux francs, la plus petite celui d'une lentille.

On ne trouve rien dans l'estomac ni dans l'intestin, ni dans le rectum. L'autopsie de la cavité thoracique n'a pu être faite.

La tumeur de l'ovaire est bosselée ; au premier aspect, on voit qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire. Son volume est supérieur à celui d'une tête d'adulte. Elle se compose de six à huit gros kystes dont le plus volumineux a la grosseur d'une tête de fœtus à terme ; à côté de ces gros kystes, on en trouve d'autres, plus petits, offrant le volume d'une noix. Les uns renferment un liquide filant, limpide, analogue à du blanc d'œuf, qui se comporte de la manière suivante en présence des réactifs.

Par l'eau distillée, il donne un léger précipité qui rend le liquide louche ; ce même précipité s'obtient par l'acide acétique.

L'alcool absolu, l'acide nitrique déterminent un précipité blanc si abondant, que le liquide se prend en masse. On obtient la même coagulation par la chaleur. Si on ajoute alors de l'acide acétique, on peut voir que le précipité se dissout peu à peu et disparaît, pourvu que la quantité d'acide soit suffisante.

D'autres kystes sont remplis d'un magma mélicérique analogue à celui qu'on trouve dans les kystes dermoïdes. A l'examen au microscope, on trouve des éléments dégénérés, des granulations graisseuses en très grande abondance, et des cristaux de cholestérine.

On peut s'assurer que la plupart des kystes ne communiquent pas entre eux. Ils sont séparés les uns des autres par des parois assez minces, présentant une épaisseur de 2 à 5 millimètres. Dans quelques points, la paroi très épaisse forme de véritables nœuds solides pouvant atteindre jusqu'à 5 ou 8 centimètres de diamètre.

La paroi externe ou péritonéale ne présente rien de particulier; ainsi que nous l'avons dit, on ne trouve aucune adhérence. La paroi interne des kystes, lisses dans certains points, est recouverte dans d'autres points de végétations, dont les plus grosses ont le volume d'une lentille.

Nous avons fait l'examen histologique de ce kyste de l'ovaire. Nous avons examiné à l'état frais les cellules tapissant la face externe, la face interne des kystes.

Après avoir traité des fragments de la tumeur, soit par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, soit par le liquide de Muller, la gomme et l'alcool, nous avons pu pratiquer des coupes qui ont porté :

1° Sur les parois des kystes ;

2° Sur les nœuds solides que nous avons décrits.

Les cellules obtenues par le raclage de la surface péritonéale du kyste sont tantôt cylindriques, tantôt cubiques, analogues à celles décrites par MM. Malassez et de Sinéty, mais tout à fait différentes de l'endothélium péritonéal.

Les cellules obtenues par le raclage de la surface externe (interne ?) des kystes sont très variables. Le plus grand nombre présentent le type cylindrique sans plateau, sans cils vibratiles, d'autres sont irrégulièrement cubiques ou prismatiques. D'autres sont des cellules cylindriques à plateau comme celles qui revêtent la muqueuse de l'intestin grêle. Nous n'avons pas pu trouver des cellules caliciformes.

Sur les coupes pratiquées sur la paroi d'un des kystes, on voit qu'elle est constituée par une couche de tissu conjonctif lâche situé entre deux couches de tissu fibreux présentant une disposition lamellaire. La couche externe est revêtue de l'épithélium péritonéal, épithélium a cellules cubiques comme nous l'avons dit, mais qui a disparu sur les coupes. La tunique fibreuse interne est revêtue d'un épithélium très variable, dont les cellules appartiennent généralement au type cylindrique. Quelques-unes ont un plateau très net, mais nous n'avons pas pu constater de cellules à cils vibratiles ni de cellules à mucus.

On trouve sur cette face interne du kyste : 1° les végétations observées à l'œil nu et d'autres microscopiques. Elles sont toutes constituées par du tissu cellulaire renfermant un grand nombre de

vaisseaux, que l'on voit très bien sur les préparations obtenues sur les pièces qui ont séjourné dans le liquide de Muller; 2° des enfoncements en doigt de gant, tapissés du même épithélium que le kyste et semblable, sauf l'épithélium, aux glandes en tube de l'intestin grêle; 3° de petits kystes microscopiques tapissés du même épithélium que le grand kyste, renfermant dans leur cavité des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse ou colloïde.

Les nœuds dont nous avons déjà parlé ont été examinés avec soin, à l'œil nu. On peut voir, sur la surface de section, de petites cavités dont les plus grosses atteignent le diamètre d'une lentille. Ces cavités sont remplies tantôt par un liquide albumineux, tantôt par un liquide analogue à du pus épais, blanc.

Si on examine au microscope les coupes faites dans ces points, on voit qu'outre les cavités visibles à l'œil nu, il en existe un grand nombre d'autres, beaucoup plus petites; la plupart sont régulièrement circulaires, d'autres irrégulièrement elliptiques, plus ou moins allongées. Elles sont toutes tapissées par un épithélium dont les cellules sont assez différentes: les unes sont prismatiques, d'autres irrégulièrement arrondies. On trouve des cavités entièrement tapissées par un épithélium cylindrique présentant un plateau très net. Mais aucune n'offre de cellules caliciformes ou de cellules à cils vibratiles.

Toutes ces cavités sont remplies de cellules plus ou moins dégénérées.

Ces petits kystes sont creusés dans un stroma composé uniquement de tissu cellulaire.

Les espaces limités par les faisceaux ne contiennent pas ou au moins très peu d'éléments cellulaires. Les coupes que nous avons pratiquées ont été très nombreuses, et ont été faites dans des points très différents, et nous n'avons jamais pu constater une autre structure sur le stroma qui sépare les kystes microscopiques dont nous venons de parler.

Les tumeurs de l'épiploon et de la rate ont été traitées de la même manière que la tumeur de l'ovaire.

Sur celles de l'épiploon, on peut distinguer à l'œil nu de petites cavités dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un pois; on fait sourdre un suc épais, blanchâtre, analogue à du pus épaissi. A l'examen microscopique, on voit que ce suc renferme un

grand nombre de granulations graissenses de cellules dégénérées dont la plupart offrent le type cylindrique. Sur une coupe, on voit que ces tumeurs de l'épiploon ont identiquement la même structure que les parties solides des kystes dont nous venons de donner la description, c'est-à-dire qu'on y trouve un stroma composé uniquement de faisceaux de tissu cellulaire, creusés de petits kystes tapissés du même épithélium à cellules assez variées.

Les tumeurs de la rate, à part celle qui se trouve au niveau du hile et qui n'est reliée à la rate que par un court pédicule, sont situées dans la capsule, et ne pénètrent pas dans le parenchyme. L'examen macroscopique et microscopique a démontré qu'elles avaient la même structure que les tumeurs de l'épiploon.

L'utérus contient des tumeurs dures, interstitielles, sous-péritonéales. A l'œil nu, ces tumeurs avaient l'aspect et la consistance de corps fibreux. L'examen microscopique a pu constater qu'ils en avaient la structure.

En un mot, ce sont des fibro-myomes qui n'ont aucun rapport, soit avec le kyste ovarique, soit avec les tumeurs de l'épiploon ou de la rate.

Cette observation nous montre un kyste multiloculaire de l'ovaire, présentant l'aspect ordinaire des kystes, accompagné de tumeurs de l'épiploon et de la rate, qui présentaient la même structure que les parties solides du kyste, ou, pour parler plus exactement, que les points épaissis des cloisons.

L'examen histologique nous a démontré que dans ce cas il ne s'agissait pas de carcinome, ni de sarcome. Dans aucun point, en effet, des tumeurs de l'ovaire ou de l'épiploon, nous n'avons trouvé la structure du carcinome. Il est évident que ce n'est pas un sarcome, puisque nous n'avons même pu constater un amas cellulaire entre les faisceaux du tissu conjonctif dont se compose le stroma de ces tumeurs.

En somme, le kyste de l'ovaire appartient à cette variété de kyste que l'on a désignée sous le nom de hétéradénome ou d'épithélioma mucoïde. Seulement nous ne pourrions appliquer cette épithète à notre cas, puisque nous n'avons pu constater la présence de cellules à mucus.

La nature de l'épithélium est-elle suffisante pour que l'on classe notre tumeur en dehors de l'espèce décrite par MM. Malassez et de

Sinéty? Nous ne le croyons pas, car ces auteurs ont trouvé sur un même kyste, ou sur des kystes appartenant à une même tumeur, des variétés considérables de cellules épithéliales.

On pourrait se demander comment se sont développées les tumeurs secondaires de l'épiploon et de la rate. S'agit-il d'une véritable métastase veineuse, ou sont-elles le résultat d'une sorte de semence cellulaire, comme on l'observe dans le carcinome péritonéal consécutif au carcinome de l'estomac? C'est ce que nous ne saurions décider. Toutefois, la métastase veineuse paraîtrait peu probable, car le foie est resté normal.

Quelles conclusions peut-on tirer de cette observation au point de vue de la pratique? On sait combien peu ces kystes de l'ovaire ont de tendance à se généraliser. Beaucoup pensaient qu'ils devenaient alors le siège de tumeurs malignes. Notre observation paraît démontrer que le kyste de l'ovaire appartenant à l'espèce vulgaire peut, sans changer de nature, s'accompagner de tumeurs situées à distance et présentant la même structure que lui. En un mot, il paraît constituer une tumeur primitive capable de se généraliser.

En conséquence, ce fait, quelque rare qu'il soit, doit plaider en faveur de l'intervention hâtive, aussitôt que l'opération peut être considérée comme indiquée.

Obs. XII. — Rupture d'un kyste de l'ovaire à végétations papillomateuses sans infection péritonéale. Ovariotomie. Guérison. Observation du Dr Knowsley Thornton. Medical Times and Gazette, 19 février 1881.

Une femme, veuve, âgée de 35 ans, mère d'un enfant de 3 ans, me consultait en juillet 1876. Elle avait remarqué, pour la première fois, une augmentation du volume de l'abdomen après la naissance de son enfant, et elle avait continué à grossir depuis. Elle avait nourri elle-même son enfant pendant 18 mois et n'avait jamais été réglée depuis son accouchement.

Je trouvais la cavité péritonéale très distendue par du liquide qui entourait une masse solide. Une ponction donna issue à 16 litres de liquide de couleur vert jaunâtre. Le dépôt donnait, au

microscope, des cellules et des groupes de cellules avec des vacuoles et des noyaux relativements grands... L'examen du bassin montra que l'utérus était allongé et qu'il avait remonté dans l'abdomen. Le diagnostic fut posé ainsi : rupture d'un kyste ovarien avec infection probable du péritoine.

Je pratiquai l'ovariotomie trois jours après la ponction et j'enlevais une tumeur qui pesait 20 livres. Elle était constituée par un kyste multiloculaire ordinaire, avec une de ses cavités beaucoup plus grande que les autres. La membrane interne de ce kyste présentait partout de petits papillomes durs et blancs, et dans un point il y avait une petite masse villeuse pédiculée, d'une couleur saumon. L'ouverture par laquelle le liquide s'était échappé était extrêmement petite et avait des bords mousses et arrondis; il semblait probable que le liquide n'avait pu s'écouler au dehors du kyste que quand ce petit trou se trouvait maintenu ouvert par une distension considérable de la cavité kystique. Il n'existait pas de signes d'infection péritonéale, de sorte qu'il est probable que les cellules et les groupes de cellules qui se trouvaient dans le liquide péritonéal provenaient directement de la membrane interne du kyste. La malade avait une bonne convalescence, et elle continue en excellente santé.

M. Thornton rappelle ensuite l'histoire du cas que nous avons déjà cité, où il avait constaté la présence d'un grand nombre de petites nodules sur la surface du péritoine au moment de l'operation. La malade avait guéri de l'opération, et avait continué à se porter bien depuis ce moment. Il résume ces deux observations dans les remarques suivantes :

Le premier des deux cas démontre que les groupes de cellules proliférantes provenant d'un kyste papillomateux peuvent être versés dans le péritoine sans l'infecter, et que leur présence dans le liquide péritonéal n'est pas une indication certaine que le péritoine est infecté.

Le second cas démontre que le liquide de kystes papillomateux

peut, par sa présence dans la cavité péritonéale, donner lieu à des végétations semblables à celles du kyste lui-même, sur la surface péritonéale, et que, malgré l'étendue considérable que celles-ci peuvent avoir au moment de l'opération, elles peuvent disparaître de nouveau, après qu'on aura enlevé, en totalité, la tumeur qui leur a donné naissance, et la malade peut ensuite guérir.

Il existe deux variétés, très distinctes, des papillomes qu'on peut rencontrer sur la membrane interne de kystes ovariens. La première est constituée par de petites excroissances dures et blanchâtres, en forme de verrou; celles-ci se rencontrent le plus souvent dans les kystes uniloculaires et elles sont disposées en plaques irrégulières; la seconde variété est une végétation molle, rougeâtre et charnue, qui recouvre ordinairement toute la surface de la membrane interne; elle existe souvent dans tous les kystes d'une tumeur multiloculaire. Les végétations de la première variété peuvent s'échapper dans le péritoine à la suite de la ponction du kyste, ou par ulcération et perforation spontanée de ses parois, comme dans l'observation 1 (observation 12 de cette thèse), ou bien à la suite de rupture du kyste, comme dans l'autre cas (nº 2 de M. Thornton; observation 10 de cette thèse).

Les végétations de la seconde variété peuvent arriver dans la cavité péritonéale par l'un quelconque de ces différents moyens, et de plus, elles possèdent une tendance marquée à se propager à travers les parois kystiques, par prolifération, ou bien, dans des cas où les cavités sont petites et à parois peu résistantes, par rupture de ces parois, par développement toujours croissant de ces grosses masses charnues.

Mes recherches ne me permettent pas, jusqu'ici, de distinguer avec certitude, par l'examen microscopique des liquides, la variété à laquelle appartiennent les groupes de cellules dont on constate la présence si souvent. Les deux espèces se ressemblent tellement en structure que je ne suis jamais absolument certain, en regardant les préparations au microscope, laquelle des deux j'ai sous les yeux. Je suis cependant convaincu, d'après les faits cliniques que j'ai observés, que celle des deux qui présente un aspect rosé et charnu est de nature maligne, et amène, non seulement l'infection des ganglions, mais aussi celle des surfaces péritonéales, et ceci d'une manière étendue et incurable.

Pour l'antre espèce, les cas qne je viens de rapporter, avec d'antres encore que j'ai observés, montrent qu'au moins elle n'est pas nécessairement maligne, et qu'elle pent ne pas amener du tout l'infection du péritoine, ou bien, qne cette infection peut être enrayée et disparaître de nouvean, soit par l'eulèvement de la tumeur, et, par conséquent, la suppression de la canse primitive de l'irritation qui avait provoqué la prolifération péritonéale, soit, pent-être, par la réaction inflammatoire qui résulte des manipulations an moment de l'opération.

Ces papillomes se trouvent sonvent, snr la surface péritonéale, reconverts d'nne longue couche superficielle, mince, de cartilage, et infiltrés de sels calcaires, comme s'ils étaient en voie de dégénérescence spontanée. Il est évident, cependant, d'aprés la difficnlté qn'on a à distinguer cenx qui sont bénins de cenx qui sont de natnre maligne, qu'on doit éviter la paracentèse abdominale, et la ponction exploratrice des kystes ovariens, avec tontes les antres méthodes semblables de traitement qni ponrraient arriver, comme résultat, à laisser s'échapper dans la cavité péritonéale le contenu du kyste, on à favoriser l'adhérence de la tumeur aux surfaces péritonéales voisines. Tonte intervention devrait être interdite jnsqu'au moment où on est en mesnre de procéder ensuite, immédiatement, à l'extirpation de la tnmeur par ovariotomie.

Obs. XIII. — Récidive dans la cicatrice après ovariotomie. Observation du Dr Knowsley Thornton. Medical Times and Gazette, 19 février 1881.

J. H..., âgée de 38 ans, mariée depuis 16 ans, n'a jamais eu de grossesse. Elle me consultait en avril 1878 ponr une tumeur ovarienne. Cette tumeur s'était développée rapidement. Il existait des adhérences abdominales étendnes et des conditions pelviennes peu satisfaisantes.

L'opération fnt faite le 13 avril ; elle présentait des difficultés considérables et durait denx heures. Les ovaires étaient compris, tous les deux, dans la masse unique, et les adhérences étaient multiples et serrées, reliant la tnmeur aux intestins et aux organes pelviens.

La plus grande partie du pédicule fut ramenée au dehors et maintenue en position par une combinaison d'épingle et de ligature. Un tube à drainage en verre, de Keith, fut introduit jusqu'au fond de la poche de Douglas.

La malade fit une bonne convalescence et quitta l'hôpital le vingt-sixième jour après l'opération. Il existait toujours une petite plaie bourgeonnante, dans l'endroit où le pédicule avait été fixé, et qui avait donné passage au tube à drainage.

Je voyais la malade de temps en temps, à partir de ce moment, et je constatais ce fait, que l'orifice ne s'était jamais complètement oblitéré. Il paraissait quelquefois se fermer, pendant un certain temps, mais ensuite il se formait des phlyctènes, et on observait, en même temps, un suintement de sérosité.

En septembre 1877, la femme reçut un coup de pied dans l'abdomen, et une fistule fécale se formait à la suite de ce traumatisme.

Peu de temps après, une masse papillomateuse, fongueuse, apparaissait au même endroit. La malade entrait, plus tard, au service des cancers, à Middlesex-Hospital, et y mourait dans l'automne de 1879, la cause immédiate de la mort étant un tétanos, à la suite d'une opération pratiquée sur cette végétation récidivante. J'avais oublié de dire que la tumeur était en grande partie constituée par des proliférations glandulaires, qui sont bien connues, et qu'on voit souvent dans des kystes de l'ovaire ; c'est-à-dire, une sorte d'épithélioma cylindrique.

A propos de ce cas, M. Thornton fait, plus loin, la remarque qu'il y a désavantage à employer une méthode quelconque d'opération qui laisse, soit un pédicule suturé dans la plaie, soit une ouverture communiquant avec le péritoine, telle que celle qui est constituée par l'orifice d'entrée du tube à drainage.

L'irritation constante au niveau de la plaie en voie de guérison, dans le cas qui vient d'être cité, a agi en amenant une récidive de la maladie. Il est probable, ajoute-t-il, que le pédicule et ses adhérences seraient restés sains s'ils avaient été renfermés dans la cavité péritonéale et protégés ainsi contre la possibilité d'irritation.

Obs. XIV. — Récidive dans les ganglions lombaires. Observation de M. Thornton. Medical Times and Gazette, 19 février 1881.

M. R..., âgée de 38 ans, non mariée, m'a été adressée au Samaritan-Hospital en 1878. Elle portait une tumeur ovarienne à développement rapide. Le kyste était tellement distendu, et la condition générale de la malade éveillait un si fort soupçon de malignité, que je me suis décidé à opérer sans aucun délai, dans l'espoir de sauver la femme d'infection ganglionnaire ou de récidive d'affection maligne. Il y avait quelques nodules d'allure très suspecte dans le pelvis, comme on pouvait le constater par le palper. A l'opération, on voyait que ces nodules étaient situés dans les parois du kyste, mais qu'ils étaient adhérents au péritoine qui tapissait la poche. L'ovariotomie fut pratiquée le 9 novembre. J'ai dû détruire de nombreuses adhérences épiploïques, pariétales et pelviennes. Le pédicule était rempli de nodules sarcomateux, du volume de billes, et celles-ci se trouvaient si près de l'utérus qu'il était difficile d'appliquer les ligatures de façon à laisser un peu de tissu au delà, sans laisser en même temps de nodules.

La malade guérit parfaitement et quitta l'hôpital, apparemment en bonne santé, le vingt-troisième jour. Mon collègue, M. Doran, a eu la bonté d'examiner les nodules du pédicule et des parois kystiques, et il trouva qu'ils étaient constitués par de grandes cellules sphériques et fusiformes. Les deux espèces renfermaient des noyaux relativement gros. En un mot, elles étaient des sarcomes mixtes.

En octobre 1880, j'ai reçu, par la complaisance du Dr Fincham, avertissement de l'entrée de la femme dans son service, à Westminster-Hospital, pour une tumeur abdominale maligne. M. Fincham a eu la bonté de me permettre d'examiner la malade.

Elle avait toutes les apparences d'une personne au dernier degré de maladie maligne. Il y avait dans l'abdomen une masse dure, irrégulière, située immédiatement au-dessous du lobe droit du foie, mais indépendant de lui, et fixée en arrière, profondément dans l'abdomen. Cette tumeur causait de la gêne dans la circulation des vaisseaux iliaques et de la veine cave.

La malade succomba à l'hôpital le 11 janvier de cette année, et je dois à la politesse de M. W.-H. Quicke, le house-pbysician, les détails suivants, très intéressants, de l'autopsie.

Il y avait nue masse volumineuse d'une substance de nature maligne, située au voisinage des vertèbres lombaires, au devant d'elles et un peu à droite, intéressant surtout les ganglions lymphatiques. Cette masse entourait, en les comprimant, les vaisseaux iliaques primitifs droits, et la partie inférieure de la veine cave inférieure. Il y avait un commencement de ramollissement au milieu.

On constatait l'existence de dépôts secondaires dans le foie et dans les deux plèvres; l'ovaire droit n'existait pas et le pédicule était rétracté et sain; il ne présentait aucun signe de récidive.

L'ovaire gauche pesait une demi-once et contenait trois ou quatre kystes du volume d'un grain de chenevis, renfermant un liquide clair, couleur de paille.

L'utérus était sain; son angle droit était effacé, l'angle gauche était un peu empâté.

Obs. XV. — Rupture de plusieurs kystes ovariens avec infection péritonéale. Observation de M. Thornton : *loc. cit.*, p. 673.

E. A..., mariée depuis 7 ans, âgée de 33 ans, jamais enceinte, admise le 2 juillet 1877.

Mon diagnostic était : « Rupture d'un kyste de l'ovaire droit avec immobilisation de l'utérus, et une sensibilité pelvienne excessive. »

Je pratiquai l'ovariotomie le 4 juillet, et je trouvai des kystes papillomateux rupturés, des deux ovaires. Ces kystes s'étaient fusionnés ensemble, dans une grande étendue, et ils étaient adhérents à la vessie, à l'utérus, etc. Le péritoine pariétal et les tuniques de l'intestin étaient rugueux et recouverts de ces grains de sagou, typiques, qui dénotent l'infection péritonéale. Dans certains endroits, ces plaques avaient atteint une largeur considérable, et j'enlevais quelques-unes qui étaient pédiculées. J'enlevais également les deux tumeurs, aussi complètement que possible, le pédicule étant lié et abandonné dans la cavité péritonéale. Pendant plusieurs mois, après l'opération, la femme continuait à avoir ses

règles d'une façon irrégulière quant aux époques, mais normale au point de vue de la quantité.

Elle était encore en bonne santé il y a quelques mois, c'est-à-dire quatre ans après la date de l'opération.

J'aurais dû dire qu'au moment où elle se présentait, pour la première fois, à ma consultation, l'affection était récente et de marche rapide.

Obs. XVI. — Rupture d'un kyste avec infection péritonéale. Observation du Dr Thornton : *loc. cit.*

A. M. K..., mariée depuis 4 ans, mère de deux enfants, me consultait en janvier 1877.

Elle avait grossi graduellement, depuis la naissance de son dernier enfant, deux ans auparavant.

Je trouvai un kyste ovarien volumineux, libre. Je n'ai pas pu, à ce moment, la décider à se faire opérer. Elle retourna chez elle, et bientôt après, son ventre commença à diminuer de volume, et, en même temps, elle avait une sensibilité exagérée à la pression, dans la région abdominale, et une diurèse excessive.

Au mois de janvier elle revenait, avec l'abdomen aussi volumineux qu'avant, et je pratiquais l'ovariotomie. Le péritoine pelvien était recouvert, tout entier, de petits papillomes durs. Je ne pouvais pas distinguer avec certitude l'ovaire gauche, mais je trouvais quelque chose qui lui ressemblait, recouverte également de papillomes et fixée solidement par des adhérences, au fond de la poche de Douglas.

La tumeur était constituée par un kyste à parois épaisses, présentant, sur sa surface interne, des papillomes, avec un nombre considérable de kystes plus petits, groupés autour de sa base. Tous ceux que j'ai ouvert contenaient des papillomes.

Une portion considérable de la paroi du plus grand kyste était blanchâtre, mollasse et non vasculaire. Au centre de cette plaque se trouvait un trou rond, du diamètre d'une pièce de 1 franc.

La malade avait une convalescence rapide, mais l'épaississement du ligament large, et l'immobilisation partielle de l'utérus, au moment où la femme quitta l'hôpital, m'inspiraient des craintes au point de vue d'une récidive.

Au lieu de ceci, je suis heureux de pouvoir dire qu'elle est toujours en bonne santé, et qu'elle est accouchée, depuis, d'un beau petit garçon, la période de gestation et le travail étant normaux en tous points.

Obs. XVII. — Kyste papillomateux accompagné de papillomes sur la surface externe de l'ovaire. Observation du Dr Thornton : *loc. cit.*

E. T..., mariée deux fois, jamais enceinte, admise en février 1878, pour un kyste ovarien volumineux et très distendu, entouré de liquide libre. Le bassin était encombré par une masse dure, nodulaire, présentant des rapports intimes avec le kyste et avec l'utérus. Ce dernier était en grande partie immobilisé. L'ovariotomie fut faite le 27 février.

On trouvait un kyste volumineux, portant des papillomes charnus sur toute l'étendue de sa membrane interne, situé à gauche de l'utérus. J'enlevais ce kyste, et je procédais à l'énucléation d'une masse papillomateuse, qui était située dans l'épaisseur du ligament large du côté droit. La surface externe de cette masse portait des papillomes libres, et il y avait un autre nodule semblable, du volume d'une grosse noix, implanté au fond de la poche de Douglas. Je n'ai pas pu l'enlever.

Il n'y avait pas de signes d'infection péritonéale généralisée, mais l'utérus était gros et rugueux, avec de petits papillomes, et il y avait, dans le bassin, le nodule auquel j'ai déjà fait allusion.

La femme était très malade après l'opération, et elle avait une convalescence très lente, sa guérison étant retardée encore, par la nouvelle, qu'elle reçut à l'hôpital, de son abandon par son mari.

Avant son départ, qui eut lieu le quarantième jour, elle attirait mon attention sur deux petits ganglions dans l'aine droite, qu'elle disait être douloureux.

Je l'examinais de nouveau au mois de mars 1879, et je trouvais, alors, deux petits nodules dans la cavité pelvienne, dont l'un était évidemment celui que j'avais vu pendant l'opération. Il avait peu ou pas augmenté de volume. L'examen donnait lieu à un léger écoulement sanguinolent, venant de l'utérus. La femme n'a-

vait pas en une menstruation régulière, mais elle perdait du sang par la vessie, de temps en temps, et ces pertes étaient accompagnées de fortes douleurs. Je ne pouvais pas décider si oui ou non ceci devait être considéré comme une menstruation supplémentaire, ou si je devais le regarder comme une indication de végétation à l'intérieur de la vessie.

Au mois de mars, de cette année, elle venait me voir de nouveau. Je ne pouvais pas constater de changement d'état, dans les deux nodules pelviens. Quant à l'engorgement ganglionnaire dans l'aine, il avait presque disparu. Il n'y avait pas eu de retour des pertes vésicales, et la vessie et l'utérus paraissaient être sains, tous les deux.

La malade avait été, peu de temps auparavant, alitée par une menace d'obstruction intestinale, mais l'examen le plus minutieux du ventre ne donnait aucun renseignement sur la cause de cet accident, et la femme paraissait être en très bonne santé.

M. Thornton termine cette série d'observations par les remarques suivantes:

Les quatre premiers cas, publiés en février, fournissent des exemples des deux espèces de papillomes, ceux de nature maligne, et ceux de nature bénigne.

Je m'attends absolument à ce que, dans les cas 5 et 7 (observations 15 et 17 de cette thèse) la maladie récidive d'une manière ou d'une autre, dans l'avenir, mais ces deux malades ont déjà joui, l'une depuis 4 ans et l'autre depuis 3 ans 1/2, d'une santé très satisfaisante, comme résultat de l'opération.

Le cas n° 6 (observation 16 de cette thèse) est un exemple de papillomes durs, petits, et en forme de verrou, trouvés ici, dans un kyste multiloculaire, et dans toutes les cavités de ce kyste. Ceci est relativement rare, et en rapprochant ce fait à celui de l'infection rapide du péritoine, à la suite de la rupture du kyste, j'ai été amené à poser un pronostic défavorable. Cependant il s'est passé, depuis lors, 3 ans 1/2, et la patiente est toujours en parfaite santé, et est devenue mère d'un superbe garçon, de sorte que je commence

à revenir sur ce pronostic, d'autant plus que la gravidité me paraît avoir une tendance toute spéciale, à aggraver une affection maligne qui se serait déjà déclarée, et d'éveiller des prédispositions encore latentes. Ce cas est encore extrêment intéressant par ce fait, que la grossesse a eu lieu malgré que le seul ovaire qui restait était fixé solidement par des adhérences, et était en même temps couvert de papillomes.

Encore plus récente que les observations précédentes est celle, rapportée dans la thèse de M. Quénu sur « les kystes non dermoïdes de l'ovaire » (page 17), d'une malade opérée par M. le Dr Tillaux. Voici cette observation :

Obs XVIII. — Kyste végétant. Kystes multiloculaires des ovaires droit et gauche. (Observation de M. Quénu. Thèse de Paris, 1881, p. 17.)

Jeune femme de 27 ans, opérée à V...., par M. Tillaux. Kystes multiloculaires des ovaires droit et gauche. La plus grande poche renferme 7 litres 1/2 d'un liquide visqueux et trouble.

Deux autres kystes ont le volume d'une tête de fœtus à terme. A la surface du principal kyste, la trompe est étalée et tordue sur son axe. Elle mesure 10 centimètres en longueur. On trouve sur elle quelques petites végétations, au niveau de son implantation sur l'utérus. La coupe du pédicule a la forme d'une raquette, dont le manche aurait 1 centimètre 1/2. Sur la face supérieure et externe du kyste sont implantées des végétations pâles, et ressemblant à des fongosités articulaires. Au moment de l'ouverture du ventre les végétations avaient une sorte de semi-transparence ; la plus grosse des masses pédiculées a le volume d'un œuf de poule ; çà et là quelques petites excroissances du volume d'une noisette.

La surface interne du grand kyste est recouverte d'une couche de substance collante qu'on enlève avec peine ; cette substance ressemble absolument à celle qu'on trouve dans l'estomac des phthisiques qui ont présenté des vomissements glaireux. La face interne est tapissée de végétations sessiles et pédiculées ; dans une cer-

taine étendue, on y découvre une sorte de réseau irrégulier d'un beau jaune d'or.

Notre ami, M. Mayor, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux, s'est chargé de l'examen de ces parties jaunes du kyste.

Des fragments de la paroi du kyste ont été traités par l'acide osmique, et colorés au carmin. Les coupes montrent un tissu conjonctif formé de lames parallèles à la surface du kyste et entre lesquelles ne se voient que peu d'éléments cellulaires. Cependant les cellules, très rares près de la surface externe de la tumeur, deviennent un peu plus nombreuses à mesure que l'on se rapproche de sa face interne. On les voit alors, sur certains points, se charger de fines granulations graisseuses, et former une sorte d'amas granuleux, faisant saillie à la face interne de la paroi.

Les blocs granuleux sont si volumineux, que l'on doit hésiter à en rapporter l'origine à des cellules conjonctives dégénérées.

Les cellules épithéliales cylindriques qui tapissaient la face interne du kyste, sont saines presque partout. Ajoutons que les amas granuleux sont développés, le plus souvent, autour des vaisseaux sanguins d'un certain calibre, qui s'approchent de la face interne du kyste.

La surface interne d'un des moyens kystes est revêtue d'une couche uniforme de granulations miliaires; çà et là il y a de véritables grappes de petits kystes, appendus le long d'un pédicule commun; les uns sont sphériques, les autres ovoïdes; les plus gros ont le volume d'un gros pois: chaque petit grain a son pédicule, sorte de filament dans lequel on reconnaît un ramuscule vasculaire. Quelques-uns de ces kystes hérissent le sommet de petites végétations.

Le deuxième moyen kyste est aussi végétant; une partie de sa paroi est commune au grand kyste, et revêtue de végétations sur ses deux faces.

L'examen microscopique des végétations et des parois démontre partout, l'existence de tubes revêtus d'épithélium cylindrique.

Nous complèterons notre série d'observations cliniques de cas de généralisation des kystes de l'ovaire par la suivante, dont nous devons les détails à la bienveillance de M. le professeur Reclus, et nous terminerons ensuite par

quelques observations anatomo-pathologiques, publiées dans les « Archives de physiologie » en 1881, par MM. Malassez et de Sinéty.

Obs. XIX. — Rupture probable d'un kyste de l'ovaire. Opération pour cancer du sein. (Observation communiquée par M. le professeur Reclus.)

Cette malade était âgée de 45 ans. Elle était mariée depuis environ 23 ans.

Elle portait une tumeur abdominale, pour laquelle elle avait consulté MM. Verneuil, Kœberlé et Péan. Ces chirurgiens diagnostiquaient, tous, un kyste de l'ovaire; mais ils ne conseillaient pas l'ovariotomie, par la raison qu'ils avaient cru pouvoir constater l'existence d'adhérences étendues.

Plus tard, cette dame a présenté, à plusieurs reprises, des phénomènes de péritonite, avec douleur localisée, le plus souvent, qui duraient chaque fois pendant huit jours. En même temps il y avait diminution du volume de l'abdomen, que les médecins, appelés auprès de la malade, attribuaient à la rupture, et à l'effacement consécutive d'une des poches de la tumeur.

Cette série de faits se renouvelait sept ou huit fois. M. Reclus n'a pas pu avoir des renseignements sur la présence ou l'absence de sécrétion exagérée d'urine, ou excrétion quelconque, anormale, de liquide, à la suite de ces accidents.

Quelques années plus tard, la malade se présentait à M. Reclus, avec un cancer du sein, qu'il enleva, et la femme guérit de son opération. Cependant, il se faisait ultérieurement une récidive, nécessitant une nouvelle opération, et la malade succomba, peu de temps après.

L'autopsie ne fut pas faite.

Voici maintenant quelques observations anatomo-pathologiques qui sont fournies par des travaux récents (1).

(1) Cette série d'observations se trouvent dans un travail de MM. Malassez et de Sinéty, intitulé : « Sur la structure, l'origine et le

Obs. XX. — La tumeur ovarienne était constituée par une volumineuse végétation en forme de choux-fleurs, dans l'intérieur de laquelle il existait un certain nombre de cavités kystiques, de différents volumes. On trouvait, en outre, au microscope, dans les parties solides, un très grand nombre de petits kystes microscopiques, et surtout des conduits épithéliaux plus ou moins réguliers, plus ou moins ramifiés. Il existait aussi un volumineux kyste paucilocnlaire libre, flottant dans la cavité abdominale; on n'a pu nous dire quel en était le lieu d'insertion. Les cavités de ce kyste présentaient des végétations semblables d'aspect et de structure à celles trouvées sur l'ovaire.

Les *tumeurs secondaires* consistaient en petites végétations péritonéales. Elles étaient constituées par un stroma conjonctif, et des néoformations épithéliales microkystiques et tubulaires, tout à fait semblables à celles observées dans la végétation de l'ovaire malade, et celles du kyste flottant; la seule différence consistait dans le moindre développement des cavités kystiques, et de l'ensemble de la néoformation.

La tumeur primitive, ainsi que les tumeurs secondaires, rentrait, comme on le voit, dans le groupe des néoformations épithéliales adénoïdes.

Obs. XXI. — Il y avait un kyste multiloculaire sur chaque ovaire, et les deux kystes étaient réunis sur la ligne médiane. On trouvait des végétations à la face interne des loges, et quelques-unes à la surface péritonéale du kyste. Les tumeurs secondaires siégeaient encore sur le péritoine, les unes sur l'utérus, les autres à la surface antérieure du rectum.

Les végétations de la surface extérieure du kyste étaient constituées par un stroma, en partie fibreux, en partie myxomateux. On y trouvait des petites cavités tubulaires et kystiques, tapissées d'épithélium cylindrique, dans l'intérieur desquelles s'étaient développées des végétations secondaires adénoïdes.

Les *végétations utérines* avaient un stroma fibreux, en majeure

développement des kystes de l'ovaire, » in Archives de physiologie, 1880.

partie, fibro-sarcomateux et myxomateux en d'autres points. On y rencontrait, çà et là, des petites cavités irrégulières, allongées ou ramifiées, également tapissées par un épithélium cylindrique. On y voyait aussi des amas granulo-graisseux, au milieu desquels existaient de petits grains calcaires.

Les *végétations rectales* ressemblaient aux tumeurs utérines. Elles s'en distinguaient seulement par la moindre abondance du tissu fibro-sarcomateux et myxomateux. Le stroma était presque complètement constitué par un tissu fibreux dense. Les groupes de néoformations épithéliales étaient notamment moins nombreux, tandis que les masses graisseuses et les grains calcaires étaient en plus grande quantité.

« Nous trouvons ici, comme dans le cas précédent, des néoformations épithéliales du type glandulaire adulte; elles n'en diffèrent que par le plus grand développement du stroma conjonctif, ainsi que par les dégénérescences graisseuses et les dépôts calcaires qu'il présente. »

Obs. XXII.—Il existait, à gauche, un volumineux kyste uniloculaire, dans l'épaisseur des parois duquel on remarquait un assez grand nombre de petites cavités kystiques, à surface végétante. A droite, une tumeur kystique à trois loges principales. L'une d'entre elles était complètement remplie par des végétations encéphaloïdes et kystiques. La seconde n'était comblée que partiellement, et la troisième était seulement tapissée de végétations. Les autres petites cavités kystiques étaient plus ou moins remplies de végétations.

Les tumeurs secondaires se trouvaient à la face postérieure de l'utérus, et sur le ligament large, sous forme de petites végétations variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, et sous forme de plaques saillantes, à bords sinueux, résultant évidemment de la confluence des petites tumeurs précédentes. Il existait également des néoformations secondaires dans la plèvre, comprises au milieu d'adhérences pleurales.

Structure des végétations intra-kystiques. — Le stroma conjonctif est peu abondant. En certains points, il est réduit à une

sorte de réticulnm. La tumeur est en majeure partie constitnée par des néoformations épithéliales de types variés. Elles sont disposées en petites cavités irrégulières à contenu peu abondant, tapissées par de l'épithélium cylindriqne ou métatypique; on les voit se continuer avec des masses épithéliales pleines. Celles-ci se présentent soit sons forme de cordons, soit sous forme de masses alvéolaires, et dans ces points, ressemblent complètement à dn tissu carcinomateux.

Tumeurs du péritoine. — Les tumeurs dn péritoine diffèrent peu des végétations intra-kystiques. Elles sont constituées par un stroma, au milieu duqnel on tronve des néoformations épithéliales cavitaires et des néoformatious épitbéliales pleines. Le stroma est en majeure partie fibro-sarcomatenx; il est plus fibreux du côté de la snrface de la tnmenr, tandis que dans les parties profondes et à la périphérie, au voisinage des tissus sains, on tronve des îlots d'éléments embryonnaires. Les cavités kystiques n'ont pas de membrane propre. Elles sont assez nombreuses, et, en général, rénnies par groupes. Qnelques-nnes sont régulières, sphériqnes; mais la plnpart sont allongées et plns ou moins ramifiées. Nous en avons vn qui s'ouvraient à la surface péritonéale de la tnmeur, à la façon de glandes en tubes. Leur revêtement épithélial est constitué en partie par des cellules cyliudriques, en partie par des cellules métatypiqnes On rencontre assez souvent des végétations purement épithéliales, et des points où le revêtement est disposé en plusieurs couches. De ces cavités, on voit fréquemment partir des prolongements épithéliaux pleins. Ceux-ci ont, en général, des formes allongées et présentent parfois des ramifications. Quelques antres ont la forme de lobes. Dans ces masses épithéliales pleines, on rencontre, par places, de véritables petites cavités kystiques, et, à côté, d'autres cavités, d'origine toute différente, prodnites par nne dégénérescence des cellules épithéliales. Daus les points où ces masses épitbéliales pleines sont nombreuses, le tissu ressemble à celui du carcinome.

Tumeurs de la plèvre. — Les tumeurs de la plèvre sont également constituées par des cavités kystiques et des masses épithéliales pleines. Le stroma est relativement beaucoup plus abondant, et formé de tissn fibro-sarcomateux, comme celui des tumeurs péritonéales, mais il paraît plus vasculaire. Les néoformations épithé-

liales sont moins abondantes et ont, en général, des formes allongées. Elles sont tapissées, le plus souvent, par un épithélium métatypique, disposé en plusieurs couches. On les voit presque toujours se continuer avec des masses épithéliales pleines. Ces dernières sont allongées, en général, et ramifiées. Elles se terminent par des pointes fines, qui pénètrent dans un espace conjonctif ou lymphatique, comme semble le prouver l'existence des cellules endothéliales, tapissant cet espace. Nous avons vu de ces prolongements épithéliaux pleins traverser la plèvre pariétale, et pénétrer dans le tissu sous-pleural.

« Les néoformations primitives et secondaires ont encore ici la même structure. Toutefois ce ne sont plus seulement des tissus épithéliaux, rappelant, par leur disposition, des conduits glandulaires normaux et adultes; on en trouve d'autres qui présentent une disposition comparable à celle des glandes en voie de développement, avant l'apparition des cavités glandulaires, et qui sont de véritables formations carcinomateuses. Du reste, cette tendance à envahir des organes éloignés, tels que la plèvre, indique bien une malignité plus grande. »

Obs. XXIII. — La tumeur primitive siégeait sur l'ovaire gauche. Il existait des tumeurs secondaires, encéphaloïdes et kystiques, sur le péritoine. On avait observé, pendant la vie, des symptômes de pleurésie gauche chronique, et l'on avait fait une ponction qui avait donné issue à un liquide sanguinolent. Il est donc probable qu'il y avait eu, dans ce cas, une généralisation à la plèvre, mais le fait n'a pas été démontré anatomiquement, l'autopsie n'ayant pu être faite complètement.

Histologiquement, le tissu cancéreux est composé d'un stroma, de cavités kystiques et de masses épithéloïdes pleines. Le stroma est, en certains points, disposé sous forme de bandes épaisses, et là, les masses épithéloïdes sont rares. Elles constituent des masses allongées et ramifiées. Souvent, à leur surface externe, on trouve des cellules endothéliales, ce qui doit faire supposer qu'elles se

sont développées dans des cavités lymphatiques. Dans les parties comprises entre ces grosses travées, le tissu conjonctif est disposé en fines cloisons; dans certains endroits, même, il est réduit à un gros réticulum, au milieu des masses épithéloïdes confondues. Sur quelques points, le stroma est plus ou moins riche en éléments embryonnaires, au milieu desquels les masses épithéloïdes se trouvent disséminées; et, dans ces points, le tissu ressemble, à s'y méprendre, à un ovaire fœtal du 3e au 4e mois.

En somme, nous trouvons là, réunies, différentes formes de carcinome, à côté de néoformations épithéliales kystiques et parfois en continuité avec elles.

Obs. XXIV. — La tumeur primitive était un kyste multiloculaire à trois petites loges, et à contenu très épais. Il existait, sur le mesentère, et en différents points de la surface péritonéale, de petits mamelons qui avaient, à la coupe, l'aspect du cancer colloïde. L'épiploon formait une bande épaisse et volumineuse, d'aspect colloïde, accolée à la grande courbure de l'estomac.

La tumeur primitive n'a pu être examinée au microscope.

Tumeurs du mésentère. — Les tumeurs du mésentère sont constituées par un stroma fibro-sarcomateux, au milieu duquel on rencontre quelques masses colloïdes ou faux kystes, un grand nombre de cavités kystiques vraies, et quelques masses épithéliales pleines. Le stroma est formé de lames conjonctives minces, et de faisceaux non ondulés, présentant une assez grande quantité de cellules conjonctives; çà et là, on trouve des amas d'éléments embryonnaires. Ce stroma est en continuité avec le tissu conjonctif sous-séreux. Les cavités kystiques vraies sont, en général, peu volumineuses, tapissées par un épithélium presque partout cylindrique, métatypique en certains points. Les masses épithéliales pleines sont assez variées et se présentent principalement sous forme d'amas allongés.

Les faux kystes sont constitués par du tissu colloïde. Ils apparaissent par petits groupes et, en se développant, tendent à se confondre les unes avec les autres, par suite de la destruction des cloisons de séparation; ils produisent ainsi des masses de plus en plus volumineuses. Les néoformations épithéliales, kystiques ou pleines, qui se trouvent dans les régions atteintes par la transfor-

mation myxomateuse résistent quelque temps à l'envahissement, mais finissent, à leur tour, par disparaître.

Tumeurs de l'épiploon. — Le tissu de la tumeur épiploïque présente, comme les tumeurs péritonéales, un stroma fibreux et fibro-sarcomateux, des néoformations épithéliales kystiques et carcinomateuses, et enfin, de faux kystes produits par des amas de tissu colloïde. La seule différence est dans le développement considérable qu'a pris ce dernier tissu, en sorte qu'il existe de larges espaces uniquement constitués par lui. Il est remarquable par l'abondance de la substance amorphe, et l'extrême rareté des éléments cellulaires et des fibrilles conjonctives. Beaucoup de cellules de cette espèce de tissu muqueux sont chargées de gouttelettes graisseuses; enfin des portions assez considérables de la tumeur sont en voie de dégénérescence.

« Nous retrouvons donc, ici, dans les tumeurs secondaires et les tumeurs primitives, ces phénomènes, si curieux, d'envahissement myxomateux ou colloïde, que nous avons signalé précédemment, à propos des tumeurs kystiques, ovariennes. »

Obs. XXV. — Cette pièce provenait d'une femme de 42 ans, enceinte de quatre mois et demi, qui avait succombé à la suite d'une fausse couche. A l'autopsie, il existait un cancer encéphaloïde et colloïde des deux ovaires, puis des tumeurs secondaires dans le vagin, le rectum et le foie. Les portions de la tumeur ovarienne qui ont été examinées au microscope étaient uniquement formées de ce tissu muqueux, riche en substance fondamentale, pauvre en fibrilles conjonctives, en cellules et en vaisseaux, tissus que nous avons vu précédemment constituer les faux kystes, ou les masses colloïdes.

La tumeur secondaire du vagin n'a pas été examinée. Celle du rectum s'était développée, d'une part, du côté de la surface péritonéale; d'autre part, elle faisait saillie sous la muqueuse. Il existait des points de communication à travers la musculeuse, entre la tumeur péritonéale et la sous-muqueuse. A l'œil nu, ce tissu avait l'aspect

dn cancer colloïde. Au microscope, on tronvait nn stroma conjonctif, des masses colloïdes, des cavités tapissées d'épithélium, puis quelqnes masses épithéloïdes pleines. Le stroma, formé de tissu fibrenx avec des îlots sarcomatenx, était disposé sons forme de bandes épaisses entre les gronpes d'amas colloïdes on épithélianx, tandis qn'il était très rédnit dans l'intérienr même de ces gronpes surtont dans cenx où donnaient les formations colloïdes. Les cavités épithéliales, tapissées par des cellules cylindriqnes, étaient relativement peu nombreuses; la plupart étaient entonrées ou pénétrées par le tissn colloïde qni les détrnit pen à peu. En sorte qne, dans des points où il existait de ces cavités kystiques, on de ces néoformations pleines, on ne trouvait plns qu'un amas colloïde formé de tissn mnqneux,

Tumeurs du foie.— On observait également, dans les tumenrs du foie, unstroma fibreux ou fibro-sarcomateux, disposé en grosses et en fines travées, des masses colloïdes, des néoformations épithéliales kystiques, et enfin des masses épithéliales pleines. Seulement ici, l'envahissement muqneux était pen prononcé, et la néoformation kystique épithéliale prédominait.

Les cavités épithéliales étaient, en majenre partie, tapissées par des cellules à cils vibratiles, et, en qnelques points, par des cellules métatypiques. L'épithélium de ces cavités se continuait avec les masses épithéloïdes pleines. Il est à présumer que si, dans la tumeur primitive, nous n'avons pas trouvé de néoformations épithéliales, c'est que, dans celle-ci, elles avaient été détrnites par l'envahissement myxomateux.

Qnoi qu'il en soit, en ne s'occupant que des tumeurs secondaires, on voit que nons avons en affaire, comme dans le cas précédent, à des formations épithéliales, les nnes kystiques, les autres épithéloïdes pleines, plus ou moins détruites par la néoformation myxomateuse on colloïde.

Nous avons maintenant terminé l'étude que nous voulions faire de «ce nouveau danger dans la rupture des kystes de l'ovaire» dont parlait le Dr Matthews Duncan (voyez page 43 de cette thèse), et il nous reste à examiner brièvement les causes qui peuvent amener cette rupture. Nous

dirons ensuite quelques mots sur le diagnostic, et nous terminerons par l'étude du pronostic et des indications, au point de vue de l'intervention chirurgicale.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie de la rupture des kystes de l'ovaire est très simple. Elle se divise en deux catégories de causes : la première comprenant les traumatismes et les efforts, c'est-à-dire les causes mécaniques ; l'autre, les ruptures dites spontanées, qui sont indépendants de toute cause extérieure appréciable.

Dans la première de ces deux catégories, nous avons d'abord, comme cause très fréquente de la rupture, les chutes faites par la femme, d'un lieu plus ou moins élevé, l'abdomen portant sur un corps dur ou sur le sol. Ensuite, il y a des traumatismes violents, tels que les coups reçus sur le ventre. Dans ce dernier ordre de faits on trouve des récits les plus extraordinaires. Ainsi notre maître, M. le Dr Léon Labbé, nous a parlé d'une femme qui se trouvait prise entre deux omnibus, et qui est sortie de cette situation avec rupture de son kyste de l'ovaire. Encore plus remarquable, peut-être, est le cas, cité par le Dr Satterthwaite, à la séance du 27 avril 1881 de la Pathological Society de New-York, d'une femme qui, en traversant la rue, tomba, et se trouva sous les pieds d'un cheval. L'un des pieds de l'animal se posa exactement sur le milieu du kyste, qui ne tarda pas à se rupturer sous cette pression énorme. La femme se remettait, et ne mourait que six ans plus tard.

La pression progressive exercée sur le kyste par l'utérus

gravide, et les efforts d'expulsion au moment du travail sont des causes puissantes de rupture, et dans ce même ordre de faits se trouve le cas suivant, où la disparition du kyste a eu lieu à la suite de l'administration d'un purgatif.

Obs. XXVI. — Rupture d'un kyste de l'ovaire — probablement dans le gros intestin — à la suite d'une purgation. (Observation du Dr Prengrueber. Alger médical, juillet 1880, p. 210.)

Dans un des bulletins de « l'Alger médical » (décembre 1879), je publiais la relation d'un cas, très grave, de compression mécanique des intestins par une tumeur kystique de l'ovaire gauche, ayant déterminé des symptômes simulant l'invagination. Quelques lavements d'eau de Seltz, à haute pression, guérirent la malade, qui était arrivée à la période ultime du marasme. Je terminais mon observation en faisant remarquer que l'affection des ovaires persistait, avec toute sa gravité.

Environ un mois après, il me fut donné de rencontrer la malade en pleine santé, et entièrement rassurée, puisque, disait-elle, la tumeur était résorbée : l'examinant, je trouvais, en effet, qu'il n'existait plus trace du kyste de l'ovaire gauche qui avait, jadis, le volume de la tête d'une adulte; le ventre était redevenu souple, bien qu'il existât, du côté de l'ovaire droit, une petite tumeur très mobile, de la grosseur d'un œuf de poule. Mme L... me raconta qu'à la suite des lavements d'eau de Seltz la tumeur avait diminué progressivement de grosseur, et qu'au bout de huit jours le ventre avait repris son volume normal. Mme L... était atteinte de diarrhée pendant ce changement; elle ne put me déterminer la nature des liquides qu'elle rendit : il n'y eut point d'écoulement anormal par le vagin ou par la vessie.

Il y a quelques jours (mai 1880), j'ai revu Mme L...; elle venait me consulter pour une sciatique très pénible; je pus constater que depuis dix mois que le kyste avait disparu, il ne s'était point reformé; le petit kyste de l'ovaire droit restait stationnaire.

L'hypothèse d'une résorption du liquide contenu dans un kyste aussi volumineux, aussi ancien, est impossible à admettre; reste

donc l'idée, plus vraisemblable, d'une rupture par le gros intestin. Aucun signe de péritonite n'ayant été observé, sans nul doute qu'il se se sera formé une adhérence inflammatoire, entre l'intestin et le sac du kyste, et que par un travail d'ulcération le liquide se sera écoulé, peu à peu, par un très petit pertuis, dans le gros intestin, en se mélangeant aux produits de la diarrhée.

D'après M. Chéreau, qui a fait une étude très complète des kystes, la communication des kystes de l'ovaire avec l'intestin, quoique étant assez rare, serait la conséquence la plus heureuse qui puisse arriver aux malades. Sur 12 cas de rupture par l'intestin, il y aurait eu, d'après l'auteur, 6 guérisons stables, 1 décès, et 5 cas où la maladie serait restée dans le *statu quo*.

Parmi les causes mécaniques, il faut ranger aussi une série de faits, où la force déterminant la rupture a été beaucoup moindre que dans les cas précédents, et où il faut faire intervenir, pour une certaine part, une aptitude préexistante dans le kyste lui-même. Tel était le célèbre éclat de rire de la malade de Morgagni, et la course rapide de la femme dont parlait Abernethy dans ses cliniques, qui se sauvait devant une vache enragée et qui, au moment de monter sur un petit mur, se sentait inondée par le liquide kystique et se trouvait ensuite débarrassée de sa tumeur (1).

La rupture peut même avoir lieu sous l'influence de manœuvres d'exploration. Comme exemple, nous citerons un

(1) Abernethy expliquait ce cas par la théorie suivante, qui est loin d'être d'accord avec les théories modernes; il pensait qu'à la suite de l'émotion violente qu'avait éprouvée cette femme, « les absorbants du kyste avaient commencé à fonctionner et avaient fait disparaître le liquide qu'il contenait, lequel, étant conduit aux reins, était ensuite évacué sous forme d'urine. » (Leçons cliniques du Dr Ramsbotham, in Medical Gazette du 8 août 1835. M. Ramsbotham n'accepte pas cette explication, et il admet la probabilité d'une adhésion préexistante, entre le kyste et la vessie, avec ulcération lente et rupture subite des tissus ainsi modifiés.)

cas du Dr Mundé, rapporté dans les « Transactions » de la Société obstétricale de New-York, séance du 16 octobre 1877 (« American Journal of Obstetrics », 1878, tome II, p. 582).

La malade était entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine, pour laquelle on a dû pratiquer la dilatation de l'urèthre. L'opérateur cherchait en même temps à constater l'état des ovaires, et il trouvait celui du côté gauche augmenté de volume, et présentant les dimensions d'une grosse noix. Pendant qu'il l'examinait par le toucher uréthral et le palper abdominal combinés, et très doucement appliqués, la petite tumeur cédait sous son doigt, et il concluait à une rupture. Il n'y eut aucun résultat fâcheux.

Le Dr Noeggerath, de New-York, dans cette même séance, mentionna, comme supplément à cette observation, un cas dans lequel il lui était arrivé de faire la même chose pour les deux ovaires, à huit jours d'intervalle. Ici, également, il n'y eut pas de phénomènes consécutifs.

Le Dr Matthews Duncan, dans ses leçons intitulées : « Clinical Lectures on the Diseases of Women », professées au St Bartholemew's Hospital, dit avoir vu un kyste dont les parois étaient tellement amincies, qu'une pression très légère, exercée sur un point de sa surface, en a amené la rupture dans un autre point éloigné, et il déduit de ce fait et d'autres semblables, la conclusion qu'il faut procéder avec une grande douceur dans la palpation des kystes.

Dans ces cas cependant, la cause déterminante existant en dehors du kyste, quoique très minime en apparence, est encore appréciable.

Il en est autrement dans la seconde catégorie de cas de ruptures qu'on peut appeler, à juste titre, spontanés, et dont nous avons un excellent exemple dans l'observation du Dr Cleeman, que nous avons rapportée à la page de cette

thèse (obs. IV.). Dans ce cas, en effet, comme le fait remarquer M. Cleeman, plus loin, la malade était alitée depuis neuf jours, c'est-à-dire depuis son entrée à l'hôpital, où elle avait été amenée dans un état d'anémie et de debilité extrême, qui lui rendait impossible toute sorte d'effort. Le Dr Cleeman dit, expressément, qu'il n'a pu constater aucune cause déterminante de l'accident, en dehors du kyste lui-même, c'est-à-dire l'état de ses parois.

La modification des parois, se terminant ainsi par leur rupture, peut consister en un simple amincissement, amené par la distension extrême du kyste, par son contenu; on bien il peut y avoir dégénérescence de leur tissu, ceci résultant, de conditions variées, parmi lesquelles se trouve, encore, la pression exercée de dedans en dehors, par le liquide contenu dans la cavité kystique.

Barnes distingue entre la perforation et la rupture dans les paroles suivantes : « La perforation, dit-il, est un processus graduel, et elle a lieu plus souvent dans des kystes glandulaires que dans des kystes simples. » Il nomme parmi les causes de perforation : 1° l'usure des parois par pression localisée, exercée par les végétations qui existent dans des kystes papillomateux ; 2° la pression, également localisée, causée par la formation de kystes secondaires ; 3° la suppuration du kyste, s'accompagnant ordinairement d'adhésion inflammatoire aux viscères avoisinants.

Quelquefois, comme il le fait remarquer, le processus ulcératif marche de l'intestin vers le kyste. Il cite le cas de Bristowe (« Pathological Transactions », tome 14), où il y avait, chez une phthisique, des abcès fécaux, dont l'un finit par perforer le kyste ovarien.

M. le professeur Terrier a noté ce fait que, dans les cas d'ouverture du kyste dans l'intestin, c'est surtout dans le

rectum que cette ouverture a lieu, ce qui s'explique, selon lui, par le voisinage des organes digestifs et génitaux, et par la fréquence des pelvi-péritonites chez la femme. Pour cet auteur, toute cause de péritonite peut donner lieu à l'inflammation du kyste, et à des adhérences avec les viscères avoisinants et à la rupture consécutive dans une voie quelconque (1).

Dans l'observation que nous venons de donner (page 98), la rupture du kyste dans l'intestin n'a pas été vérifiée par une autopsie, et elle reste, par conséquent, à l'état d'hypothèse, mais il existe d'autres cas où on a pu vérifier la lésion anatomique. Pour ne citer qu'un seul exemple récent, on trouve dans le « Lancet » du 30 octobre 1880 une observation du Dr Allchin, d'une malade à Westminster Hospital, chez qui on a constaté, à l'autopsie, un vaste abcès de l'ovaire, communiquant avec le rectum par une ouverture qui avait les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, située à une distance d'environ six centimètres au-dessus de l'anus.

Sir Spencer Wells décrit, dans les termes suivants, l'aspect que présentent les parois des kystes rupturés à la suite de dégénérescence graisseuse.

La forme de dégénérescence la plus importante... c'est la transformation graisseuse. Il est vrai que c'est la période de modification rétrograde que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer dans ces tumeurs ; le premier stade étant un état ischémique du tissu fibreux. Il y a très peu de kystes ovariens où on ne l'ait observée à un certain degré. On trouve, par-ci par-là, des plaques jaunes ou brun clair, faisant une légère saillie, formées de dépôts graisseux ou lardacés, contenus dans les cellules du tissu aréo-

(1) Kyste uniloculaire de l'ovaire ouvert dans l'intestin. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877, p. 830.

laire. Ce processus débute souvent dans la membrane limitante épithéliale, et s'étend aux tissus voisins, envahissant parfois toute l'épaisseur des parois et des cloisons. C'est ainsi que, les cloisons cédant à la pression de leur contenu, de petites cavités arrivent, en se réunissant, à former des kystes volumineux, et que l'on observe des ruptures par le seul fait du ramollissement des kystes d'une certaine dimension, sans que l'on trouve aucune trace d'ulcération

Dans l'observation 153, on enleva, chez une jeune fille juive, un kyste ovarien multiloculaire, dont le développement avait été très rapide ; les parois présentaient plusieurs plaques irrégulières d'une couleur jaune foncé ou brunâtre. Examinées au microscope, on constata que ces plaques étaient constituées surtout par du tissu fibreux blanchâtre, mais qu'on ne distinguait aucune trace de graisse. La coloration résultait, probablement, de l'absence de vascularisation, car les plaques avaient cessé de recevoir tout apport sanguin, par suite de l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux par des caillots. L'absence de vascularisation des plaques était due à la congestion des vaisseaux de voisinage, qui aboutissait à leur rupture et à l'extravasation. Toute la paroi kystique présentait une belle injection sanguine ; c'était seulement dans le voisinage des plaques que l'on observait de l'extravasation. Les points où celle-ci s'était produite formaient deux lignes de circonvallation. Les vaisseaux qui se rendaient à la circonvallation externe étaient nombreux et d'un certain volume ; ceux qui aboutissaient à la circonvallation interne étaient petits et peu nombreux.

On peut diviser les plaques entourées de leurs lignes de circonvallation en trois zones :

1° Zone où les vaisseaux étaient nombreux et volumineux, et où l'on voyait épancher une grande quantité de sang d'un rouge éclatant ;

2° Zone où les vaisseaux étaient petits et en partie vides, et où l'épanchement était moins distinct et moins coloré ;

3° Zone où l'on ne put découvrir que des vestiges de vaisseaux, et où l'on ne put apercevoir aucun épanchement.

Cette dernière zone était d'un jaune foncé, tirant sur le brun foncé, et tranchant sur la teinte délicate de la seconde.

On a décrit ces nuances d'après l'aspect qu'elles présentaient sur la face interne de la paroi kystique.

La portion de la paroi kystique qui correspondait à la zone non vasculaire avait une épaisseur variable, et arrivait souvent jusqu'à l'extrême minceur, et quand la rupture a lieu, c'est dans les points indiqués qu'elle se produit.

La métamorphose crétacée est la période de dégénérescence la plus avancée; elle consiste dans la transformation des dépôts lardacés en une matière calcaire; cet état est complètement différent de l'ossification. Ce dépôt calcaire s'étend, quelquefois, sur une grande partie des parois de certains kystes, qu'il rend rugueuses, inégales, et les expose aux ruptures. Les dépôts plastiques superficiels font saillie à la face péritonéale, et les adhérences qu'ils contractent les préservent temporairement de la rupture (1).

Nous avons maintenant indiqué à peu près toutes les causes qui peuvent agir sur les kystes de l'ovaire pour en déterminer la rupture, et nous terminons ici notre étude de cette partie du sujet.

DIAGNOSTIC.

Nous ne dirons que quelques mots à propos du diagnostic de la rupture des kystes de l'ovaire. Ce diagnostic, en règle générale, s'impose, et les symptômes sur lesquels il se base sont très simples et très évidents.

La patiente a ordinairement conscience d'une sensation particulière accompagnée ou non de douleur, en rapport, le plus souvent, avec un effort ou un traumatisme quelconque, tel qu'un coup reçu sur l'abdomen, ou une chute

(1) Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, par T. Spencer Wells, traduction française, p. 77.

faite par la femme. A la suite de cette sensation, que nous trouvons décrite, dans un grand nombre d'observations, comme celle de « quelque chose qui cède à l'intérieur du ventre », la femme est souvent prise de défaillances et de menaces de syncope. Ceci est ordinairement de courte durée, dans les cas simples d'épanchement de liquide kystique sans hémorrhagie, et la malade se remet de l'émotion et de cette faiblesse momentanée, et, dans les cas favorables, tout rentre dans l'ordre, et on constate simplement la disparition de la tumeur qu'on avait diagnostiquée avant l'accident. La saillie que présentait l'abdomen auparavant n'existe plus, et au lieu d'une fluctuation limitée, on remarque tous les caractères d'une ascite ordinaire.

Dans beaucoup de cas il survient, le surlendemain ou le troisième jour, rarement plus tôt, une miction très exagérée, qui dure quelques jours et disparaît ensuite, laissant la malade complètement guérie, au moins provisoirement.

Nous nous bornerons à un seul exemple, encore inédit, que M. le Dr Lawrie Gentles, de Derby, a bien voulu nous communiquer :

Obs. XXVII. — Rupture d'un kyste de l'ovaire, à la suite d'une chute. Guérison provisoire. (Observation communiquée par M. Lawrie Gentles.)

E. L..., âgée de 60 ans, mariée à 25 ans, mère de sept enfants, tous vivants.

Les trois premiers accouchements étaient faciles. Le quatrième à l'âge de 34 ans (il y a, par conséquent, 26 ans), était pénible et prolongé, et la femme dit qu'à partir de ce moment, son ventre est toujours resté beaucoup plus volumineux qu'avant. Elle a eu, de-

puis ceci, trois autres enfants, l'abdomen augmentant peu à peu de volume, jusqu'à il y a douze ans, c'est-à-dire quatorze ans après le moment où elle s'en est aperçue pour la première fois.

On fit alors une ponction, à la suite de laquelle la tumeur disparut entièrement pendant cinq ans.

Cinq ans après la première ponction, on était appelé à en faire une autre ; quatre ans plus tard, encore, troisième ponction.

Cette fois-ci, l'abdomen augmentait de volume beaucoup plus rapidement et, au bout d'une année, il mesurait autant qu'avant la dernière ponction.

A ce moment, la femme faisait une chute sur un meuble, en traversant sa chambre. Immédiatement, elle éprouva une légère tendance à la syncope, mais le lendemain elle se portait bien. Le surlendemain, elle eut quelques frissons et elle commençait à avoir de la douleur dans le ventre. Elle se sentait mal à l'aise et « ne savait pas ce qu'elle avait. » Elle ne paraît pas avoir présenté des phénomènes inflammatoires très marqués.

Le dixième ou le douzième jours après sa chute, elle commençait à rendre par l'urèthre des quantités considérables de liquide. Elle rendait à peu près la valeur d'un vase de chambre en trois heures, et ceci pendant huit ou dix jours. Au bout de ce temps, l'abdomen était redevenu, pour employer sa propre expression, « aussi petit qu'il l'avait jamais été de toute sa vie », et elle se trouvait « en meilleure santé que depuis longtemps. »

Cette guérison dura presque une année, mais au bout de ce temps il commençait à se faire une nouvelle accumulation de liquide. Elle subit une nouvelle ponction deux ans après sa chute, et une autre quinze jours plus tard. Elle se rendit alors à Loudres, et fut admise au Samaritan-Hospital, où on l'opérait de son kyste. Il y avait des adhérences considérables. La femme guérit, et elle se porte, aujourd'hui, très bien.

Il est probable que l'absorption du liquide par le péritoine, et son évacuation ensuite par les reins, n'a lieu, au moins d'une manière appréciable, que dans le cas où le liquide épanché est séreux. Dans un cas où le liquide était de consistance colloïde, il a été expressément noté qu'il

n'y pas eu de diurèse consécutive. Tel était, peut-être, le cas d'une malade dont M. le Dr Théophile Anger a eu la bonté de nous communiquer l'histoire médicale. Cette dame, que M. Anger avait vue à Paris, repartit ensuite pour le Midi, et en chemin de fer présentait des symptômes qu'on attribuait à la rupture de son kyste de l'ovaire. A son arrivée chez elle, elle fut prise d'une péritonite suraiguë, de laquelle elle se remettait, cependant. Elle n'avait pas de diurèse, comme phénomène consécutif.

Dans les cas où, aux symptômes immédiats que nous avons décrits, il s'ajoute le symptôme éloigné dont nous venons de parler, il n'est guère possible d'hésiter sur la nature de l'accident, et même dans les cas où celui-ci fait défaut, il n'y a pas ordinairement possibilité de doute.

Cependant, il faut le reconnaître, le diagnostic présente parfois quelques difficultés. Le Dr Matthews Duncan, dans ses « Clinical Lectures on the diseases of Women » (leçon 18), écrit à ce propos les paroles suivantes :

« Le liquide qui provient du kyste rupturé se trouve, ordinairement, libre au milieu de la masse intestinale, mais ceci n'arrive pas toujours, et sa diffusion peut être limitée par d'anciennes adhérences, ou bien il peut être tellement visqueux, qu'il ne peut pas se répandre dans la cavité abdominale, et qu'il déplace, au contraire, les intestins, comme s'il était lui-même une tumeur..... Le diagnostic peut ainsi devenir difficile et même impossible, surtout si l'histoire du cas n'est pas connue. Mais avec une histoire complète, il sera le plus souvent facile, car dans ce cas, le liquide qui est libre dans l'abdomen ne sera pas pris pour une ascite, ou pour un épanchement dû à une péritonite chronique, erreurs qu'on pourrait facilement commettre en l'absence de commémoratifs.

« On sait qu'on a donné le conseil de refaire toujours le diagnostic au moment même de procéder à une opération quelconque. Dans aucun cas cette précaution n'est-elle plus fréqnemment justifiée que dans le cas de l'ovariotomie, et de la ponction des kystes de l'ovaire..... J'ai vu un cas dans lequel on était sur le point de pratiquer la première de ces deux opérations, quand on s'est aperçu qu'il y avait du tympanisme dans le kyste, et à l'autopsie, qu'on a malheureusement eu occasion de faire, peu de temps après, on a trouvé une large communication entre le kyste secondaire et l'intestin, au niveau de l'S iliaque. »

Pour M. le professeur Terrier (1), dans les cas où le kyste se rompt dans l'intestin, la rupture a lieu le plus souvent dans le rectum. Nous avons déjà donné, quelques pages plus haut, à propos de l'étiologie et du mécanisme des ruptures, les raisons par lesquelles M. Terrier s'explique ce fait d'observation clinique. Au point de vue du diagnostic de la rupture, il donne les règles suivantes : Si la rupture a lieu dans l'intestin grêle, on aura, dans les selles, un mélange de matières fécales et de liquide kystiques; dans les cas, au contraire, où la rupture s'est faite au niveau du rectum, les fèces peuvent alterner avec le liquide du kyste.

A propos de la sonorité que peut présenter le kyste après son ouverture dans l'intestin, par suite de la pénétration de l'air dans sa cavité, M. Terrier cite plusieurs cas où ce fait a été noté, et il ajoute, qu'une simple disposition valvulaire de l'orifice de perforation suffira, pour permettre ou pour empêcher qu'il ait lieu. Il rappelle que pour Peaslee et P. Maunoir, l'existence de ce phénomène

(1) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877.

rend le diagnostic plus difficile, tandis que pour Lépine, Ledouble et pour M. Terrier lui-même, au contraire, elle le facilite. Il ne considère pas l'ouverture du kyste dans le tube digestif comme résultant uniquement, ou nécessairement, du volume considérable de la masse morbide. « Toutefois, les accidents inflammatoires se sont quelquefois accompagnés d'une très notable augmentation du liquide. Il paraît logique d'admettre que cette augmentation doit faciliter et hâter la rupture. »

Un autre exemple de ce genre de cas est fourni par une pièce anatomique que nous avons vue, au musée de Saint-Bartholemew's Hospital, à Londres, et qui est citée par Barnes, dans son ouvrage sur les « Maladies des femmes. » Elle porte dans le nouveau catalogue le numéro 2910. Voici la description que M. le Dr Thomas Smith a eu la bonté de transcrire pour nous, du catalogue.

« Portion d'un kyste ayant son origine dans l'ovaire gauche, et communiquant avec l'iléon par une petite ouverture située environ quatre ou cinq pouces au-dessus de la valvule cœcale. Quelques semaines avant la mort, à la suite de l'excrétion d'une grande quantité de liquide *per anum*, la tumeur abdominale diminuait de volume, et la matité, à la percussion, dans la région qu'il occupait, était remplacée par une résonance tympanitique. »

En résumé, nous voyons que le diagnostic peut, en effet, présenter quelques difficultés ; mais qu'en somme, comme nous l'avons dit en commençant, il est ordinairement d'une simplicité extrême. Il n'y a pas lieu de nous y arrêter plus longtemps.

PRONOSTIC.

Nous passons maintenant à l'étude du pronostic de cet accident. Ce pronostic s'est fait déjà pressentir, par la considération des différents cas qui se sont présentés à notre observation, dans le cours de cette étude. Nous avons vu que la rupture d'un kyste ovarien est loin d'être toujours un accident sans gravité, et que, si quelquefois il n'entraîne pas des suites sérieuses, il peut, au contraire, dans d'autres cas, faire courir à la malade des dangers réels. Nous avons parlé des phénomènes de péritonite qui peuvent survenir, à la suite de la rupture, et qui peuvent même présenter assez d'intensité pour constituer une menace à la vie de la femme. Nous avons également parlé de cette possibilité d'infection, plus ou moins généralisée, qui constitue un danger de plus longue échéance, mais qui n'en est pas moins grave pour le temps plus long qu'il met à évoluer.

Mais il y a encore d'autres sources de danger, qui ajoutent à la gravité du pronostic dans certains cas. En dehors des cas où la rupture a été causée par une hémorrhagie intra-kystique, circonstance dans laquelle le pronostic est très grave, nous avons à peine besoin de le dire, il y en a d'autres, très rares, il est vrai, où la mort a eu lieu subitement, par choc, à la suite de la rupture. Selon Barnes, ceci s'expliquerait par l'interruption brusque de l'équilibre dans la circulation, dans les cas où le liquide fait irruption dans la cavité péritonéale brusquement, et en grande quantité.

Ensuite la malade échappant au choc et aux dangers de la péritonite, peut mourir de septicémie. Le cas suivant du Dr Matthews Duncan démontre que ceci peut avoir lieu

même dans des circonstances où on se croirait à l'abri d'une pareille éventualité.

OBS. XXVIII. — Rupture d'un kyste de l'ovaire. Septicémie. Mort. (Observation du Dr Matthews Duncan, in « Clinical Lectures on the diseases of women », professées à St-Bartholemew's Hospital, leçon 28).

L. L..., âgée de 49 ans, mariée depuis neuf ans, mère d'un enfant de 8 ans. Réglée à l'âge de 17 ans, et jusqu'à il y a deux ans. Il est impossible d'obtenir des détails exacts de l'histoire de sa maladie. Elle dit qu'elle a été alitée depuis trois mois, et qu'elle a souffert, depuis quelque temps, de constipation et de vomissements. Elle n'avait remarqué aucune tumeur abdominale. A son entrée à l'hôpital, elle se plaignait de vomissements presque constants de liquide vert foncé. Elle était très émaciée. La figure était grippée, et avait une expression d'anxiété. Le pouls était petit et faible, 132 par minute. La température était de 99,6 Fahrenheit. La malade se couchait sur le côté avec les jambes fléchies sur le ventre. Son haleine avait une odeur de foin. Elle avait des éructations fréquentes. Le ventre était très saillant et tendu; il mesurait, au niveau de l'ombilic, trente-cinq pouces et demi. On obtenait, par la percussion, un son tympanique dans presque toute la région abdominale; il y avait de la fluctuation au-dessous de l'ombilic d'un côté à l'autre de l'abdomen. Par le toucher on constate, au niveau du bord supérieur du bassin, de l'empâtement très marqué.

J'ordonnais du lait glacé et du consommé de viande de bœuf. Injections hypodermiques de morphine pour la douleur. Emploi de tous les moyens appropriés pour arrêter les vomissements.

La femme était presque mourante quand elle est rentrée à l'hôpital, et elle succomba quatre jours après son admission.

Autopsie. — Cinquante-cinq heures après la mort.

Le corps était un peu amaigri. Rigor mortis très marqué. A l'ouverture de l'abdomen, il s'est échappé des gaz et ensuite du liquide purulent jaunâtre. A la partie inférieure de l'abdomen se trouvait une tumeur de grandes dimensions, qui remplissait cette région et

le pelvis tout entier. Au-dessus de la tumeur, il y avait une cavité de laquelle la plus grande partie du liquide s'était écoulé. Les parois de cette cavité étaient constituées : en arrière par la paroi antérieure du petit intestin ; en avant par l'épiploon et les parois abdominales ; en haut par le côlon transverse. Cette cavité était nettement circonscrite par des adhérences solides, qui la séparaient du reste de la cavité péritonéale. Elle avait un volume supérieur à celui d'une tête d'homme. Le petit intestin se trouvait à gauche du kyste. Le foie, la rate, l'estomac et l'intestin étaient tous étroitement unis les uns aux autres, par d'anciennes adhérences. Les surfaces externes de l'estomac et de l'intestin étaient normales, et présentaient l'aspect des muqueuses. Le foie était pâle, friable ; il était atteint de dégénérescence graisseuse. Les reins étaient petits ; les capsules étaient un peu adhérentes. La substance corticale était d'épaisseur normale, mais elle était décolorée et mal délimitée ; les pyramides étaient d'une couleur rosée.

En soulevant le kyste, on découvrait, au fond de l'abdomen, dans une poche située à droite, en rapport avec la ligne innominée, une ouverture béante, de la largeur d'une pièce de deux francs, communiquant avec la cavité déjà décrite. Le liquide qui sortait du kyste par cette ouverture, était d'une couleur jaune brun, et ressemblait à un mélange de liquide ovarien et de pus.

Autour de l'orifice, et à partir de ses bords, le tissu du kyste était ramolli et désorganisé dans une étendue considérable. Il y avait des adhérences anciennes entre le corps de l'utérus et la partie de la tumeur qui était rattachée à l'ovaire gauche.

La tumeur était constituée par un kyste ovarien ordinaire, dont la plus grande poche avait le volume d'une noix de coco, et contenait un liquide ressemblant à de la colle ou à du miel. Dans quelques-unes des autres poches, le liquide était moins épais. L'ovaire droit était normal. La vessie était légèrement injectée. L'utérus était sain, le vagin présentait une couleur violacée pâle.

Ce cas est remarquable et présente un grand intérêt... Les symptômes observés étaient les suivants : accélération du pouls ; légère élévation de la température ; vomissements incoercibles et tympanisme du ventre. En présence de ces signes, et avec une histoire incomplète, le diagnostic devenait extrêmement difficile et incer-

tain, et quand j'ai dit : je crois que c'est un cas de rupture du kyste, ceci était bien plutôt une conjecture qu'un diagnostic.

L'examen ultérieur justifia cette supposition, mais sur d'autres points mes conclusions étaient démontrées inexactes, car je considérais la malade comme étant sous le coup d'une péritonite suraiguë, résultant de la rupture du kyste. Quels étaient les symptômes qui m'avaient conduit à cette dernière conclusion? Les voici : l'abdomen était distendu et tympanitique, avec une sensibilité exagérée à la pression, et des vomissements pénibles et constants. Mais si on a suivi la description de l'autopsie, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas eu de péritonite aiguë généralisée, car il existait des adhérences anciennes, qui n'avaient rien à faire dans l'issue funeste de la maladie, mais qui exerçaient une influence considérable sur sa marche, en limitant la diffusion du liquide ovarien irritant, et de la péritonite consécutive.

Le kyste ovarien était situé au milieu d'un abcès péritonéal, les parties avoisinantes étant agglutinées les unes aux autres, par la lymphe récemment déposée, et constituaient ainsi une vaste cavité d'abcès, au fond de laquelle se trouvait le kyste ovarien, qui présentait des dimensions presque égales à celle d'une tête d'adulte. On voit que la malade avait un abcès intrapéritonéal, comme résultat de la rupture. Les adhérences préexistantes la protégeaient contre une péritonite suppurative diffuse. La femme n'est pas morte de péritonite, ni de cet abcès péritonéal, mais de la gangrène du kyste ramolli, et de son contenu, qui donnait lieu à un développement de gaz dans la cavité de l'abcès, et ceci donnait lieu à une sorte de tympanisme abdominal. Or, ces circonstances ne sont pas ordinaires, et on est amené à se demander pourquoi les modifications du tissu kystique ont eu comme résultat la putréfaction, puisqu'elles se sont effectuées dans des conditions antiseptiques. La réponse est fournie, probablement, par le fait du voisinage de l'intestin, et cette hypothèse est confirmée par la considération d'autres cas analogues.

J'ai vu, par exemple, le même résultat dans un cas d'hématocèle pelvienne, où il semblait probable que le liquide épanché dans le péritoine était simplement du sang pur.... En résumé, notre malade est morte de septicémie, son sang ayant été empoisonné par la résorption de matières putrides. L'odeur extrêmement ac-

cusée de foin que présentait l'haleine, aussi bien que la marche tout entière de la maladie l'indiquent. Le simple fait de la rupture du kyste et de l'existence de l'abcès intra-péritonéal ne constitue pas une explication suffisante. Sans la septicémie, la malade aurait pu guérir....

La septicémie peut survenir d'une autre manière encore. Si le kyste se vide dans l'intestin, la malade éprouve ordinairement à la suite de ceci du soulagement. Mais il arrive, dans d'autres cas, qu'il y a régurgitation et extravasation de matières fécales dans la cavité kystique, et comme conséquence de ceci, on voit survenir une septicémie chronique, et la malade meurt lentement. J'ai eu connaissance de cas, bien avérés, de femmes qui ont survécu, pendant des années, à un accident de cette nature, où il y avait, pour le moins, pénétration de gaz venant de l'intestin dans le kyste. Je n'ai jamais vu, moi-même, une survie si prolongée, mais je rappellerai que l'air ordinaire est fréquemment introduit dans les kystes par mésaventure pendant une ponction, sans qu'on ait occasion d'observer des suites graves.

Dans les cas où il s'agit d'un kyste dermoïde se vidant dans l'intestin, cette possibilité de résorption de matières putrides se trouve accrue par la présence de débris solides, qui amènent par leur sortie graduelle la persistance de l'ouverture fistuleuse et qui favorisent ainsi, en même temps, l'entrée de l'air et des matières fécales.

A part ces conditions spéciales, qui prêtent un caractère de gravité tout particulier au pronostic, ce dernier est relativement bénin pour les cas de rupture dans l'intestin. Pour M. Terrier, l'ouverture spontanée dans le tube digestif est une chose favorable, à condition que l'élimination soit facile et que la cavité kystique soit unique, et il ajoute qu'il paraît logique d'admettre que de toutes les ouvertures intestinales, c'est celui qui siège dans le rectum qui donne le meilleur pronostic.

Cependant il y a des cas dans lesquels les choses mar-

chent moins bien. Voici une observation qui montre que l'ouverture dans l'intestin peut avoir, même en dehors de la septicémie, des conséquences graves.

Obs. XXIX. — Rupture d'un kyste de l'ovaire dans le gros intestin à la suite d'un purgatif. Péritonite. Observation de M. le Dr Gustave Tournay, de Bruxelles. La Presse médicale belge, numéro du 20 novembre 1881 (abrégée).

Lucie K..., âgée de 28 ans, journalière, mariée à 23 ans.

M. Tournay la vit d'abord le 1er septembre 1880, quand elle venait le consulter pour une rétention d'urine, qui durait depuis deux jours. A l'examen, il trouva dans la fosse iliaque gauche une tumeur, qu'il considérait comme un kyste de l'ovaire gauche, probablement uniloculaire.

M. Tournay donnait des soins à la malade pendant près de dix mois. La tumeur augmentait de volume peu à peu. Des troubles nerveux réflexes se montraient et étaient combattus. Enfin l'accroissement qu'avait pris la tumeur amena tant de gène dans les fonctions des différents organes thoraciques et abdominaux, que la femme a dû renoncer à ses occupations, et M. Tournay se décida à procéder à l'opération. A ce moment la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, s'élevait à 1 m. 10 cent.; la matité s'étendait d'une épine iliaque supérieure à l'autre, et dépassait l'ombilic de quatre travers de doigt. Le ventre présentait la forme et le développement qu'il a à la fin de la grossesse.

La veille du jour fixé pour l'opération, M. Tournay fit prendre à la malade, le matin, un peu d'huile de ricin, et il lui conseilla de prendre aprés son effet un grand bain, et, afin de lui procurer du sommeil, il lui prescrit le soir 1 centigr. de morphine.

Le lendemain, M. Tournay et ses aides se rendaient chez la femme pour faire l'opération, mais en procédant à un dernier examen de la malade, il trouvait un changement complet dans l'aspect de l'abdomen.

L'affaissement était complet, dit-il. A la percussion superficielle du ventre, j'obtenais partout un son tympanique ; ce n'est qu'en déprimant fortement les parois abdominales que j'obtenais

une matité, peu étendue, dans la fosse iliaque gauche. Dans la position debout, ce dernier caractère était plus accusé; en outre, il se formait, au même niveau, une saillie bien marquée qui, mise en mouvement dans le sens latéral, donnait une sensation de flot, analogue à celle qu'on éprouverait en faisant balloter le fond d'une vessie aux trois-quarts vide.... J'interroge la malade, et voici ce que j'apprends.

La veille, après avoir pris deux cuillerées d'huile de ricin, elle a eu deux selles liquides, excessivement abondantes. Puis, pendant qu'elle était dans le bain, à l'hôpital Saint-Jean, elle a été prise subitement d'une envie irrésistible d'aller à la garde-robe; elle a perdu alors, involontairement, une très grande quantité d'un liquide épais, roussâtre et mélangé de nombreux flocons blanchâtres et de quelques caillots de sang. La quantité de ce liquide, qui a troublé l'eau du bain, n'a pu être déterminée. La femme a éprouvé alors des tendances lipothymiques, et, chancelante, soutenue par une amie qui l'avait accompagnée, elle a regagné péniblement sa demeure.

Pendant la journée, elle a été prise plusieurs fois de défaillances. Le soir, elle a de nouveau rempli deux vases de nuit d'un liquide foncé et grumuleux, après quoi une véritable syncope s'est produite. La position horizontale et des frictions vinaigrées l'ont fait très vite revenir à elle, paraît-il, sans que son entourage ait jugé utile de me faire appeler. Il est excessivement regrettable que je n'aie pu juger par moi-même de la nature du liquide évacué par la malade; il n'a malheureusement pas été conservé....

L'après-midi je revois la malade que j'avais fait mettre au lit dans une position horizontale. Le ventre est ballonné et légèrement douloureux à la pression, je suis forcé d'enlever le bandage de corps que j'ai placé le matin pour éviter la syncope. Craignant que le liquide du kyste ne vienne à s'épancher dans la cavité abdominale, je fais placer sur le ventre une vessie remplie de fragments de glace et j'ordonne à l'intérieur la glace et l'opium à haute dose.

Le soir la malade a éprouvé des frissons erratiques; pesanteur de tête, langue sèche, soif vive, vomissements porracés, ballonnement du ventre, douleur vive au niveau de la fosse iliaque gauche, pouls petit, dépressible et marquant 100 pulsations à la minute;

température 38,6 : tels sont les syptômes que nous sommes appelés à constater.

Je fais appliquer douze sangsues. Pendant la nuit la potion opiacée est continuée ; la glace est donnée, intus et extra ; la diète est absolue.

Le lendemain, 26 juin, à 8 heures du matin. La malade n'a pas dormi ; céphalalgie ; température 39,7 ; pouls, 110 à la minute ; vomissements bilieux, constipation ; miction très pénible. La douleur, très vive, s'est généralisée à tout le ventre, augmentée par la pression et le seul poids des couvertures, et détermine une gêne de la respiration.

Les symptômes de péritonite duraient avec plus ou moins d'intensité, pendant huit jours. Pendant ce temps, sous l'influence d'un lavement huileux, la malade a eu deux selles liquides ressemblant à la liqueur concentrée du goudron mélangée de marc de café.

4 juillet. Je permets à la convalescente de se lever pendant une heure, et de manger un œuf après son potage.

A partir de ce jour, la malade se rétablit graduellement, le régime est d'abord léger, puis fortifiant.

Le 26 juillet, Lucie K... se rend à ma consultation. L'état général est excellent ; il ne reste plus qu'un peu de ballonnement du ventre, qui donne partout un son tympanique à la percussion. La dépression de la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque gauche, provoque encore une légère douleur ; la malade accuse, d'ailleurs, en cet endroit, une douleur spontanée d'intensité variable, augmentant par la marche et les mouvements respiratoires.

Les selles, au nombre de une ou deux par jour, sont tantôt solides, le plus souvent liquides, noirâtres et abondantes. Le contenu du kyste continue donc à s'écouler par l'intestin.

M. Tournay croit devoir localiser la perforation de l'intestin au niveau de l'S iliaque ou du colon descendant.

Les auteurs ont rapporté des observations de rupture dans d'autres viscères encore. M. Nepveu a trouvé huit cas d'ouverture dans la vessie et neuf dans l'utérus et le vagin, et nous avons rencontré quelques autres exemples dans le cours de nos lectures.

Voici l'histoire d'un de ces derniers cas qui remonte à une date déjà éloignée, mais qui n'en est pas moins intéressante au point de vue clinique.

Obs. XXX. — Rupture d'un kyste de l'ovaire dans le vagin et le rectum. (Observation du Dr Samuel Jeaffreson, médecin consultant au Chelsea, Brompton et Belgrave Dispensary. Medical Gazette, 1844, t. II, p. 860 (Résumé).

Une femme âgée de 38 ans, mariée, chez qui on avait dignostiqué une tumeur abdominale, qui donnait à l'abdomen le volume qu'il a au sixième mois de la grossesse, présentait, pendant trois jours, des phénomènes de péritonite subaiguë. Le Dr Jeaffreson fut appelé en consultation avec le médecin traitant, et il constatait l'existence de la tumeur, qu'il considérait comme un kyste de l'ovaire. La péritonite se calma, mais la femme avait des douleurs persistantes dans la région occupée par la tumeur, qui augmentait rapidement de volume. Les symptômes de péritonite se déclaraient de nouveau, et un deuxième consultant, le Dr Taylor, fut appelé avec le Dr Jeaffreson.

A ce moment, dit celui-ci, l'abdomen était aussi distendu que je l'aie jamais vu dans aucun cas d'hydropisie, soit ovarienne, soit ascitique. La respiration était aussi gênée que dans les cas les plus graves de ces affections. A ce moment, la tumeur présentait les mêmes caractères qu'auparavant, et elle donnait à la percussion une matité uniforme... La malade continuait à souffrir pendant plus d'un mois et elle était en péril de sa vie, lorsque, le 12 août, sans augmention d'intensité de la douleur ou autre sensation spéciale dans cette région, la tumeur se rompait subitement dans le septum recto-vaginal, et il s'échappait des quantités prodigieuses de liquide, par le rectum et par le vagin. Le liquide était d'une odeur forte et repoussante. Il semblait être constitué par un mélange de pus, de flocons — probablement de lympbe — et de sérosité.

Le Dr Jeaffreson ajoute que, le liquide s'étant échappé brusquement, de manière à inonder le lit de la malade, il était impossible d'apprécier la quantité évacuée. La femme présentait des ten-

dances syncopales passagères, suivies d'une sensation de soulagement générale. Le surlendemain, il y avait un accès de douleur, à la suite duquel il se faisait une nouvelle évacuation de liquide de même nature. A partir de ce moment la malade se remettait, et la guérison se maintenait encore cinq ans plus tard, au moment où le Dr Jeaffreson publiait l'histoire du cas. Il ajoute expressément, que l'on pouvait facilement sentir, par le toucher, les ouvertures qui faisaient communiquer le kyste avec l'intestin et le vagin.

A la séance du 8 octobre 1879 de la Société de chirurgie, M. Tillaux parlait de plusieurs cas qu'il considérait comme étant des ruptures de kystes de l'ovaire dans la vessie. Chez l'une des femmes, il avait pratiqué l'ovariotomie et il avait trouvé une fusion complète de la face postérieure de la vessie et de la paroi du kyste.

Dans la discussion qui suivait la communication de M. Tillaux, M. Boinet lui objecta qu'il n'avait pas constaté d'ouverture. Il ajoutait que, lorsqu'il y a rupture du kyste, l'ouverture est toujours assez considérable et que, dans ce cas, elle aurait certainement persisté. A ceci, M. Terrier répondait en faisant remarquer que, les ouvertures spontanées s'expliquent par des phénomènes inflammatoires, qui s'établissent entre des organes voisins, et qu'après la sortie du liquide kystique, l'orifice peut être obstrué de nouveau et se refermer complètement.

A ce propos, Barnes, dans son traité sur les maladies des femmes, parle ainsi : « Le plus souvent, les perforations sont accompagnées d'adhérences qui soudent le kyste à un viscère creux quelconque..... Je pense que c'est à la formation de ces petites perforations que sont dûs les accès fréquents de péritonite, et nous pouvons dès lors considérer les adhérences, dont on constate si souvent l'existence, comme étant à la fois l'effet et la démonstration d'un pro-

cessus conservateur, qui sert à limiter le danger. Une petite perforation n'a-t-elle lieu, qu'aussitôt l'ouverture est refermée par une exsudation plastique. »

Dans une observation du Dr Gaillard-Thomas (1), qui pratiquait l'ovariotomie dans ce cas, il dit avoir été très étonné de voir que le kyste, qui s'était évacué trois fois dans la cavité péritonéale et qui, au moment de l'opération était presque vide, avait des parois très épaisses, et ne présentait qu'une petite ouverture, des dimensions qu'aurait celle qu'on ferait avec une aiguille à tricoter. Dans l'observation du Dr Cleeman, à la page 65 de cette thèse, il est dit que l'orifice par lequel le kyste s'était vidé n'était pas plus grand que la pointe d'une épingle. Le Dr Matthews Duncan, dans l'ouvrage déjà cité, dit ceci :

« J'ai observé et publié un cas de rupture de kyste où le liquide a été évacué *per vaginam*, et où, quand on a fait l'ovariotomie, longtemps après, on n'a découvert aucune adhérence du kyste avec les organes pelviens. L'orifice a dû se refermer. »

Il ne paraît pas difficile, du reste, d'admettre que ces orifices très petits puissent se refermer et que, dans ces cas, il soit impossible, au moment de l'opération, d'en retrouver des traces.

M. Lawson Tait croit cependant à la possibilité d'erreur dans beaucoup de ces cas. Dans une lettre qu'il nous a adressée il y a quelques mois, il s'exprime ainsi :

« Quant à la question de l'évacuation du contenu des kystes *ovariens* par les voies naturelles, je n'en ai absolument pas d'expérience personnelle, et je suis très sceptique,

(1) Transactions of the obstetrical Society of New York, séance du 7 mai 1878. (American Journal of obstetrics, 1879, t. XII, p. 168.)

quant à la possibilité du fait. Jusqu'à il y a très peu de temps, toutes les excentricités commises par des kystes pelviens étaient mises sur le compte des tumeurs ovariennes. A présent, nous savons que les trompes sont plus fréquemment le siège de maladie qu'on ne le supposait autrefois. Hydrosalpinx et peut-être pyosalpinx sont souvent évacués par l'utérus. Un kyste parovarien uniloculaire peut se vider par le rectum ou la vessie, mais je ne crois pas — ou du moins j'ai encore à en être persuadé — qu'une tumeur ovarienne puisse le faire. »

Le pronostic de la rupture des kystes dans le vagin paraît être tout à fait bénin. Nous n'avons pas rencontré un exemple du contraire.

M. Terrier (1) ne croit pas qu'on puisse accepter les observations qui ont été publiées jusqu'ici, de rupture directement dans l'estomac, comme démontrant d'une manière satisfaisante et convaincante la possibilité de ce fait. Pour lui, les cas qui ont été notés ne sont pas concluants.

Exceptionnellement le kyste se vide par l'utérus. Ces cas sont rares et nous ne saurions en établir le pronostic. Nous n'avons pas rencontré d'exemples de perforation de la paroi utérine et il est probable que l'évacuation, dans ce cas, a lieu toujours par les trompes. Barnes cite, à cet effet, une communication de Richard, à la Société de chirurgie, en 1856.

« Adolphe Richard le premier, dit-il, a décrit une espèce de kyste dans la composition duquel entre, à la fois la trompe de Fallope et l'ovaire. Il donne des détails de cinq observations, et cite des cas analogues de Morgagni, Franck, Chambon, Boivin et Dugès, Kiwisch et d'autres. Il dé-

(1) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877.

montre que les kystes ovariens peuvent s'ouvrir dans l'utérus par les trompes, et qu'après avoir reçu le liquide du kyste, le tube continue à subir un travail pathologique par lequel son calibre est augmenté, sa longueur devenant même le double de ce qu'elle était auparavant; ses parois s'épaississent et les plis de sa membrane muqueuse s'effacent. Enfin, la dilatation s'étendant graduellement jusqu'à la partie interne de l'oviducte, la communication entre le canal du tube et le kyste persiste, et on a ainsi une cavité ou un kyste formé par le tube dilaté et par le kyste ovarien.

« Mon ancien collègue à la Western General Dispensary, M. Anderson, a décrit un cas très net de kyste tubo-ovarien. Une femme chez qui on allait procéder à une ponction, commençait à perdre une quantité exagérée d'urine, et se trouvait ensuite soulagée. Le liquide était constitué par du sérum albumineux, avec des paillettes de cholestérine. Six mois après, la femme mourait d'une hémoptysie foudroyante. On trouva, dans l'abdomen un kyste volumineux, qui s'était vidé, et qui était revenu sur lui-même, et ne présentait pas d'adhérences. Ses parois étaient très épaisses. Et il y avait, en outre, quelques kystes plus petits. Un bâton assez épais cheminait, avec la plus grande facilité, du kyste à l'utérus et au vagin, en passant par l'une des trompes. Le liquide qu'on avait pris pour de l'urine ne venait pas de la vessie; c'était du liquide kystique qui s'était échappé par la trompe et ensuite par l'utérus et le vagin ».

Les perforations ulcératives de la paroi abdominale sont plus fréquentes, et dans ce cas le lieu de prédilection est le voisinage de l'ombilic. Nepven en cite 13 cas, et il en existent d'autres. Le cas le plus singulier que nous avons trouvé est rapporté dans le « Medical Gazette » du 15 août 1835, dans une leçon clinique faite par le Dr Ramsbotham,

au London Hospital. Il s'agit d'une malade qui avait présenté le phénomène de perforation des parois abdominales, au niveau de l'ombilic, avec évacuation, par cette ouverture, d'une quantité énorme de liquide kystique, et qui avait pris, ensuite, l'habitude de se faire, elle-même, des ponctions à cet endroit.

Chaque fois, dit-il, qu'elle se trouvait gênée pour respirer, et que l'ombilic devenait plus saillant que d'habitude, elle se faisait quatre ou cinq petites ponctions avec une aiguille comme celles dont on se sert dans une fabrique de gants, et le liquide sortait ensuite, en filtrant à travers ces petits orifices. Les ponctions ainsi faites par la malade elle-même, en dehors d'autres qu'elle se faisait faire d'une manière plus régulière, étaient au nombre de 129 dans l'espace de huit ans, et la quantité de liquide recueilli, sans compter ce que la femme a perdu au moment de la rupture dont nous avons parlé, a atteint le chiffre de 461 gallons et 3/4 (plus de 2,000 litres).

Toutes les personnes qui assistaient à l'autopsie, qui eut lieu huit ans après ce premier accident, se demandaient comment la femme avait pu échapper à une blessure grave, à l'occasion des ponctions qu'elle s'était faites, car nous avons trouvé une ancienne hernie ombilicale, de grand volume, attachée par des adhérences solides à la partie saillante de l'ombilic. Elle y avait échappé probablement par ce fait, que la hernie s'est trouvée placée en arrière de la tumeur ovarienne, toutes les fois que la quantité de liquide devenait considérable, quoiqu'elle ajoutait par son volume, pour une grande part, à la saillie formée par la tumeur.

Cette circonstance a été, pour moi, un avertissement de ne jamais enfoncer un trocart dans la tumeur au niveau de l'ombilic, malgré que la proéminence de la tumeur et le peu d'épaisseur des tissus pourraient constituer une tentation au choix de cet endroit.

Il nous semble que nous sommes en droit d'attribuer à la rupture à travers les parois abdominales. un pronostic favorable. Nous avons déjà vu, cependant, que le pronos-

tic subit quelques modifications dans le cas où il s'agit d'un kyste dermoïde. Cette réserve est faite par Barnes, dans le paragraphe suivante (Maladies des femmes, page 336), où nous trouvons aussi une description détaillée du processus ulcératif, par lequel s'effectue ce mode de rupture des kystes en général.

Les kystes dermoïdes, dit-il, finissent le plus souvent par donner lieu à une adhérence inflammatoire, entre un point quelconque de leurs parois et les organes voisins, et il arrive ainsi des communications entre la cavité du kyste et celles des viscères creux, tels que le tube intestinal ou la vessie ; ou bien il se creuse des ouvertures fistuleuses à travers la paroi abdominale. Dans tout ceci, ils ressemblent plus à des cas de gestation extra-utérine, avec lesquels ils ont été souvent confondus. Comme ces derniers, ils sont très aptes à contracter des adhérences avec les viscères parmi lesquels ils se trouvent logés.

Il est rare, cependant, que cette formation d'orifices fistuleux amène la guérison. Elle constitue, sans doute, une tentative d'élimination, mais cette tentative n'aboutit qu'à un résultat imparfait. Si elle se fait en se dirigeant vers la surface, les parois de la tumeur contractent des adhérences avec les parois abdominales ; la peau devient le siége d'une inflammation et présente une rougeur érysipélateuse ; elle devient épaisse et sensible au toucher; ensuite on aperçoit de la fluctuation, et finalement l'abcès s'ouvre de lui-même, si le chirurgien ne l'ait déjà aidé. Le lieu de la perforation est souvent un point situé immédiatement à côté de l'ombilic. Le produit d'élimination peut être seulement du pus. On voit le gonflement persister avec la suppuration, et les symptômes de la fièvre hectique se déclarer. Quelquefois le contenu du kyste consiste en des tresses de cheveux agglutinées ensemble, et des matières grasses qu'on peut faire sortir par de légères tractions. Ces conditions peuvent persister pendant longtemps, et alors on observe de l'émaciation et de l'épuisement, se terminant par la mort. S'il y a des dents, celles-ci restent, le plus souvent, adhérentes à la paroi interne du kyste.

Lorsque ces tumeurs communiquent avec l'intestin, le cours des événements est le même. Il s'échappe de temps en temps du pus, avec des cheveux, et quelquefois une dent, en provoquant des accès de douleur intense.

Lorsque le kyste s'ouvre dans la vessie, les symptômes les plus embarrassants peuvent se présenter. Il se peut qu'il y ait de la dysurie qui persiste pendant des années; ordinairement il survient de la cystite, et quelquefois on observe une rétention d'urine.

Quand on voit sortir de la matière grasse, ou des cheveux, le diagnostic devient évident, surtout si on constate une tumeur dans l'une ou l'autre des aines, ou au niveau d'un bord supérieur du pelvis. Le kyste se vide quelquefois partiellement, et à des intervalles de temps plus ou moins éloignés, et on peut observer des diminutions correspondantes de son volume. Les symptômes auxquels ceci peut donner lieu, peuvent être d'une intensité telle, qu'ils constituent une menace pour la vie, soit par l'inflammation aiguë, soit par obstruction vésicale, soit, enfin, par épuisement, par la fièvre, et qu'on se trouve obligé de procéder à une opération pour tenter l'excision de la tumeur..... Au moment où j'écris, je vois, avec le Dr Crisp, de Chelsea, un cas dans lequel il s'est formé trois ouvertures fistuleuses, deux à côté de l'ombilic, et la troisième dans la vessie. Parfois il sort, par l'un des orifices ombilicaux, de l'urine ou du pus, et par la fistule vésicale, du pus gélatineux. Le cas a été vu par le Dr Ramsbotham il y a plus de vingt ans. La femme n'a jamais été enceinte, et les trois voies d'excrétion libre, assurant sa sécurité.

Nous avons maintenant passé en revue, d'une manière rapide, tous les modes de rupture qui ont été notés, à notre connaissance, et nous avons énuméré les différents dangers auxquels sont exposées les malades chez qui cet accident a lieu.

Pour être complet, cependant, nous devons revenir, un instant, sur le pronostic des kystes végétants, ceux qui peuvent donner lieu, comme nous l'avons déjà vu, à des

tumeurs secondaires. Ce pronostic, nous le trouvons formulé de la manière la plus claire, dans le travail de MM. Malassez et de Sinéty, auquel nous avons déjà fait de si larges emprunts.

D'une façon générale, disent ces auteurs (1), les tumeurs secondaires semblent être peu fréquentes, on les observe presque toujours dans les cas de tumeurs kystiques, plus rarement avec des kystes proprement dits.

Elles sont constituées par des néoformations ou adénoïdes, ou carcinomateuses, ou colloïdes, au milieu desquelles on retrouve un certain nombre de cavités kystiques, en général peu développées, mais parfaitement semblables aux cavités kystiques ordinaires. Il est à remarquer que, dans tous les cas où elles ont été rencontrées, il existait des productions de même nature dans la tumeur primitive.

Et dans un autre endroit « Archives » 1880, p. 892 :

Ainsi que nous l'avions dit, au début de ce chapitre, et comme on a pu s'en assurer à la lecture des observations précédentes, nous avons toujours trouvé, dans les tumeurs primitives, des néoformations tout à fait semblables à celles qui composent des tumeurs secondaires, c'est-à-dire des productions adénoïdes, carcinomateuses ou colloïdes. Nous ne saurions dire si la réciproque est fatalement vraie, si toute production de ce genre dans l'ovaire est nécessairement accompagnée de tumeurs secondaires. Cela dépend, probablement, de leur degré d'ancienneté, et surtout de leur degré de malignité; or, à ce dernier point de vue, les faits précédents nous montrent des différences assez considérables.

Les tumeurs secondaires adénoïdes siègent au voisinage des tumeurs primitives; elles sont superficielles, peu développées; elles se comportent à la façon des végétations vulvaires, qui semblent s'inoculer d'une lèvre à l'autre; leur malignité est toute locale;

(1) Archives de physiologie, 1881, p. 250.

elles paraissent incapables de s'étendre en profondeur et de se généraliser.

Les tumeurs secondaires carcinoïdes et colloïdes, s'étendent, au contraire, au loin, jusqu'à la plèvre; elles sont plus profondément enracinées, plus volumineuses; elles ont, en un mot, tous les caractères des tumeurs franchement malignes; ce sont de véritables cancers.

Il y a donc lieu de se méfier grandement des kystes de l'ovaire et des tumeurs kystiques dans lesquelles on trouve des néoformations carcinoïdes et colloïdes, puisque ce sont ces tumeurs qui exposent le plus à des généralisations graves. Celles qui ne présentent que des productions adénoïdes, semblent moins dangereuses; quant aux kystes et tumeurs kystiques qui ne présentent aucune de ces néoformations, elles paraissent incapables de se généraliser et ne nuisent que par le développement qu'elles prennent par elles-mêmes.

M. le Dr Lawson Tait nous écrit de la manière suivante, à propos de cette question de généralisation :

« Sur le sujet de l'infection maligne, nous avons encore tout à apprendre. Je ne suis que sur le seuil de cette question, car à mon étonnement, je trouve, maintenant, qu'il y a deux espèces de papillomes associés aux tumeurs; l'une maligne, et l'autre guérisable par l'enlèvement de la tumeur (voy. mon livre qui va paraître) et je ne puis pas les distinguer l'une de l'autre. Je ne puis que sentir que le sujet tout entier de la pathologie ovarienne est à la vielle d'une révolution ».

Nous ne voudrions cependant pas assombrir outre mesure le tableau, et nous craignons, presque, avoir insisté trop sur toutes ces imminences morbides, car nous pourrions, d'un autre côté, citer beaucoup de cas où les phénomènes consécutifs ont été presque nuls, et où la malade n'a, pour ainsi dire, éprouvé que du soulagement. Il y a eu

même des cas dans lesquels cette chirurgie naturelle semble avoir exercé une influence heureuse sur l'état pathologique préexistant. En voici un exemple :

Obs. XXXI. — Ruptures répétées d'un kyste de l'ovaire, alternant avec des phénomènes d'affection tuberculeuse. Guérison du kyste, suivie d'aggravation des symptômes pulmonaires et mort. (Observation du Dr Black, chirurgien-major à Warracknabeal (Australie). Australian medical Record, du 15 mai 1881 (Résumé).

La malade était âgée de 48 ans. Elle avait été déjà soignée par le Dr Black, en 1876, pour une pneumonie, et en 1877 pour une pleuro-pneumonie double, à la suite de laquelle des symptômes de phthisie pulmonaire, qui s'étaient déjà montrés, et qui avaient été améliorés par le traitement, se déclaraient de nouveau, et s'aggravaient rapidement.

Pendant cette période, la malade avait attiré l'attention de son médecin sur une petite tumeur qui avait apparu dans le côté. M. Black l'examinait et diagnostiquait une tumeur de l'ovaire droit.

Comme la femme était très affaiblie par son affection pulmonaire chronique, et par ses bronchites répétées, et d'autre part, comme la tumeur n'occasionnait pas de dérangement fonctionnel, il ne trouvait pas qu'il y eût lieu de penser à une intervention active, et il se bornait à traiter l'état général. Sous l'influence de ce traitement, la malade reprenait un peu ses forces, et le Dr Black l'examinait de nouveau, cette fois avec un confrère qui confirma son diagnostic. Pour compléter l'examen, ils retiraient, par une ponction, un peu de liquide de l'abdomen, et ceci présentait tous les caractères classiques des liquides ovariens.

Comme le temps était très chaud, à ce moment, et comme la malade ne paraissait pas être encore en état de supporter une opération ; de plus, la tumeur ne déterminant pas un très grand malaise, on se décida à continuer le traitement général et d'attendre.

En février 1880, l'année suivante, le mari vint chercher le médecin un soir, lui disant que sa femme avait la dysentérie, et qu'elle

avait rendu, par l'intestin, du sang et des matières filantes, mêlées avec du pus et des débris membraneux.

En arrivant auprès de la malade, dit le Dr Black, j'examinais les selles, et je trouvais, en effet, du sang, du pus, des débris ressemblant à du tissu cellulaire désagrégé, et du mucus filant semblable à du blanc d'œuf. Examinant ensuite l'abdomen, je constatais que la tumeur avait disparu. A la percussion des régions qui avaient jusqu'alors présenté de la matité, j'obtenais, maintenant, un son clair, et en appuyant un peu, je produisais un gargouillement, dans les endroits occupés auparavant par la tumeur.

J'appliquais un bandage, et je prescrivais un traitement tonique. La diarrhée durait pendant quatre ou cinq jours, puis elle cessait, et les phénomènes s'aggravaient de nouveau. Je reprenais le traitement antérieur. Dans six semaines il s'était fait une nouvelle collection de liquide dans le kyste, et comme la malade était en même temps constipée, j'administrais un purgatif un peu énergique. Le résultat était une nouvelle décharge, par l'intestin, de matières exactement semblables à celles que j'ai déjà décrites. J'entretenais la liberté du ventre, et j'administrais du bromure de potassium, en doses d'un gramme, quatre fois par jour, pendant dix jours.

Au bout de ce temps, la tumeur avait complètement disparu, pour la seconde fois, mais cette fois encore, les phénomènes pulmonaires reprenaient une intensité plus grande, qui nécessitait un traitement soutenu.

La santé s'améliora de nouveau ; le kyste se remplissait graduellement, et se déchargeait ensuite, pour la troisième fois, par l'intestin, et à la suite de cette évacuation, il y avait nouvelle aggravation dans les manifestations tuberculeuses. Les deux poumons étaient maintenant affectés. Le traitement des symptômes pulmonaires fut repris, la santé générale s'améliora, et la tumeur ne reparaissait plus. Elle semblait avoir disparu pour toujours, et là seule trace qu'on pouvait en retrouver était un léger épaississement dans la région de l'ovaire droit.

Une bronchite aiguë survenait en décembre 1889, et une phthisie galopante se déclarait, et terminait rapidement la vie de la malade.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

Le Dr Black fait remarquer que, d'après la considération de l'état pulmonaire qu'a présenté cette malade, il est permis de supposer que l'intestin était également le siège d'affection tuberculeuse, et si ceci était vrai, on comprendrait très facilement que la pression d'une masse lourde, sur l'intestin malade et aminci, ait amené l'inflammation, et l'adhérence inflammatoire consécutive du kyste avec lui, et ensuite sa perforation, et la sortie du contenu kystique. Il termine son observation par les remarques suivantes :

« Les points qu'on doit noter dans l'histoire de ce cas sont : la coïncidence de la phthisie avec l'hydropisie ovarienne ; les alternatives d'affaissement et de réplétion du kyste, répétés trois fois ; et enfin sa disparition définitive.

« A chaque rupture du kyste, et pendant la durée des phénomènes diarrhéiques, la santé de la femme restait assez bonne ; l'appétit se maintenait ; et il y avait absence complète de fièvre et d'élévation de la température ; mais quand la décharge s'arrêtait, l'appétit baissait, et quelquefois il y avait anorexie absolue et vomissements ; il y avait, en même temps, élévation de la température, insomnie, sueurs nocturnes ; en un mot, les concomitants usuels de la phthisie avancée.

« La cause immédiate de mort était la phthisie ; la maladie ovarienne était tout à fait secondaire, et la rupture du kyste, avec les évacuations consécutives, paraissent avoir agi en arrêtant provisoirement la maladie principale. »

Dans les cas, mêmes, où la rupture a lieu dans la cavité péritonéale, les suites sont souvent peu sérieuses. Ainsi, dans un cas cité par M. Després, à la Société de chirurgie, séance du 29 mars 1876 (1), nous trouvons les faits suivants :

En octobre 1867, le kyste se rompit dans l'abdomen, à la suite d'une course à pied ; la malade ne présenta aucun signe de péritonite, et le liquide se résorba entièrement ;

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, et Annales de gynécologie, 1876, t. VI, p. 53.

il ne restait pas de trace de tumeur dans l'abdomen. En 1869 le kyste se rompit de nouveau, mais au moment de la rupture il avait un volume moindre, qu'au moment du premier accident. Pas de péritonite ; une semaine de lit rétablit complètement la malade.

En janvier 1870, nouvelle rupture ; le kyste était, cette fois-ci encore, moins volumineux qu'au moment de la rupture précédente. Cette fois la malade garda à peine le lit. Le kyste fut opéré par M. Péan le 1er juin 1870. Il y avait des adhérences très considérables, qui occasionnaient des difficultés sérieuses au moment de l'opération.

On admet facilement, qu'avec des liquides séreux il puisse ne pas y avoir un danger bien considérable, mais nous avons rapporté une observation (voyez page de cette thèse) où il y avait épanchement dans le péritoine d'un liquide kystique de consistance colloïde, sans phénomènes consécutifs graves. Voici quelques autres faits du même genre.

Obs. XXXII. — Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire, avec épanchement de substance colloïde dans l'abdomen, sans péritonite consécutive. Ovariotomie. Guérison. (Observation du Dr Mundé. Transactions of the obstetrical Society of New-York, séance du 21 mars 1882. American Journal of Obstetrics, 1882, tome XV, p. 290.)

La malade était âgée de 45 ans. Elle portait une tumeur abdominale de volume considérable, dont elle s'était aperçue, pour la première fois, un an auparavant. Sa santé générale était affectée depuis quelques mois surtout, et l'état général nécessitait une intervention active.

La tumeur semblait être presque solide, et le Dr Mundé hésitait entre le diagnostic de tumeur fibro-cystique de l'utérus, et celui de kyste multiloculaire de l'ovaire, mais il penchait plutot vers ce dernier. Aidé par plusieurs confrères, il pratiquait l'ovariotomie.

Il trouvait les muscles droits de l'abdomen écartés l'un de l'autre; la paroi abdominale était très peu épaisse. A l'ouverture du ventre on trouvait, libre dans la cavité abdominale, environ le quart d'un litre de substance colloïde épaisse. L'examen des parois du kyste montrait que cette substance avait dû s'échapper pendant quelque temps déjà, par une petite ouverture qui se trouvait sur la paroi postérieure d'une des poches de la tumeur, qui a été reconnue par sa coloration jaunâtre et son aspect plissé. La tumeur pesait 34 livres. On la séparait de ses adhérences étendues avec la vessie et l'épiploon, et on l'enlevait. La malade n'a présenté, depuis ce moment, un seul symptôme défavorable. La moitié des fils ont été enlevés aujourd'hui, le dixième jour après l'opération. La méthode Lister, à l'exception du spray, a été employée.

Obs. XXXIII. — Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. Epanchement de liquide colloïde (1) dans la cavité abdominale. Pas de péritonite. Ovariotomie. Guérison. (Observation du Dr Hunter. Transactions of Obstetrical Society of New-York, séance du 21 décembre 1880. American Journal of Obstetrics, t. XIV, p. 874, et New-York Medical Record, t. XXXIII, p. 454.)

Cette malade entra à l'hôpital des femmes, portant une tumeur abdominale qui présentait toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire. Un traitement préparatoire fut institué, et au bout de trois semaines on se proposait d'opérer, mais au dernier moment on ne trouvait plus trace de la tumeur.

Le Dr Hunter se décida à ne pas faire l'opération, espérant que ce serait là une terminaison définitive de la maladie, mais dix jours

(1) Dans les deux compte-rendus de cette séance, qui nous ont servi pour cette observation, il n'est pas dit que le liquide était colloïde, mais dans la séance du 21 mars 1882, de la même Société, rapportée dans American Journal of Obstetrics, 188?, t. XV, p. 290, le Dr Garrigues, en faisant allusion à ce cas, décrivait le kyste comme ayant eu un contenu colloïde. Le Dr Emmet ajoutait une mention d'un cas semblable. qu'il avait vu peu de temps auparavant, et dans lequel il attribuait l'absence de péritonite consécutive à ce fait, qu'il avait pratiqué le lavage de la cavité abdominale avec de l'eau tiède.

plus tard le kyste avait commencé à se remplir de nouveau, et en huit jours de plus il avait repris ses dimensions primitives. L'abdomen mesurait un mètre en circonférence.

On se préparait de nouveau à faire l'opération, mais trois jours avant la date qu'on avait fixée, on remarqua une diminution du volume de la tumeur, et le jour de l'opération elle avait de nouveau disparu.

Il y avait évidemment du liquide libre dans la cavité abdominale, et malgré qu'il fût impossible de trouver, par le palper, une tumeur quelconque, le Dr Hunter considérait l'opération comme indiquée, et la pratiquait.

Il trouvait un kyste à parois assez épaisses, présentant une déchirure de la longueur d'environ sept centimètres, dans un point où les parois étaient amincies. La quantité de liquide libre dans la cavité abdominale était environ un litre. Ce liquide était épais, et de l'espèce qu'on a l'habitude de considérer comme étant à un haut degré irritant pour le péritoine. Mais il n'y avait aucune trace de péritonite. Une partie du liquide était trop épais pour pouvoir s'écouler par la canule. La malade fit une bonne convalescence.

La tumeur a été examinée par le Dr Garrigues, qui l'a prononcée un kyste multiloculaire glandulaire de l'ovaire. Le pédicule partait de l'ovaire droit.

La répétition de la rupture, surtout si elle a lieu un grand nombre de fois, doit être considérée comme une chose défavorable, non seulement au point de vue de la quantité énorme de liquide sécrété, ce qui constitue une cause d'épuisement pour l'organisme, malgré les faits qui ont été observés où cette sécrétion, même très exagérée, n'a pas semblé porter atteinte à la santé générale, mais aussi en raison du risque que chaque rupture fait courir à la malade. Il est vrai que les phénomènes consécutifs inflammatoires ont présenté, dans plusieurs cas, une décroissance progressive d'intensité, à la suite de chaque rupture successive, mais ceci n'est pas toujours vrai, et la femme est

non moins exposée à la possibilité d'une évolution moins heureuse. De plus, il est rare qu'on ne constate, plus tard, la formation d'adhérences nombreuses, comme conséquence de ces ruptures répétées, et malgré que ces adhérences agissent quelquefois, comme nous l'avons vu, en limitant la diffusion du liquide, et par conséquent sa surface de contact avec le péritoine, il n'en est pas moins vrai qu'elles constituent une condition anormale, et plus ou moins fâcheuse, même au point de vue du kyste lui-même. En effet, ces adhérences opposent un obstacle sérieux à la rétraction du kyste et à l'oblitération de sa cavité ; en d'autres termes à sa guérison ; et elles peuvent constituer, au moment de l'opération, un empêchement absolu à l'enlèvement de la tumeur.

Toutefois, il y a des cas où la rupture s'est répétée un nombre très considérable de fois, sans amener, à aucun degré, les conséquences dont nous parlons. Ainsi, dans une communicrtion à la Société obstétricale de New-York, séance du 21 décembre 1880 (1), le Dr Foster Jenkins rapportait l'histoire d'un cas où le kyste s'est rnpturé environ 50 fois dans l'espace de quinze ans, et dans les « Transactions of the Pathological Society » de Londres (tome 31, page 180), le Dr Meredith donne une observation d'une femme chez qui cet accident eut lieu « avec une régularité remarquable » trois ou quatre fois par an ; en tout 34 fois en huit ans, et ceci en dehors de plusieurs ponctions. Chose plus curieuse encore, dans ce dernier cas on ne trouvait, plus tard, au moment de l'opération d'ovariotomie, en fait d'adhérences, que quelques petits cordons filamenteux, insérés dans le voisinage du point où on avait pratiqué

(1) American Journal of Obstetrics, 1881, t. XIV, p. 874.

une ponction, six mois auparavant. Le péritoine présentait un aspect tout à fait sain.

Pour Matthews Duncan, la rupture produit probablement toujours un certain degré de péritonite, « généralement d'une espèce qui est peu connue. »

« Dans le cas, ajoute-t-il, où le liquide du kyste est de nature très peu irritante, il arrive souvent qu'on n'observe pas de douleur, mais il y a, probablement, cette forme subaiguë de péritonite, qui pourra durer pendant longtemps, sans même produire d'adhérences. Le péritoine présente un aspect rouge et enflammé ; quelquefois, par places, on voit de larges plaques formées par un dépôt de lymphe. Cette péritonite produit un frottement qui peut être, quelquefois, apprécié par la main et par l'oreille, et l'état granuleux peut même être constaté par le palper, lorsque les parois abdominales sont peu épaisses. Mais si le liquide est mélangé avec du pus ou avec du sang vieux et grumeux, alors la probabilité est en faveur de la péritonite suraiguë, se terminant bientôt par la mort. Les suites de la rupture des kystes dépendent, dans une très grande mesure, des caractères du liquide. Si celui-ci est constitué par du sang pur, il ne s'ensuivra pas, nécessairement, une péritonite aiguë généralisée ; et si le liquide est aqueux et non irritant, le mal ne sera pas grand. On admet, généralement, que si le liquide est très épais et visqueux, il donnera lieu à une péritonite aiguë ; mais d'après plusieurs exemples, vérifiés par des autopsies, on observés pendant l'ovariotomie, je puis affirmer que ceci est, au moins souvent, inexact. Si, cependant, le liquide est purulent ou constitué par du sang grumeux, ou s'il contient des éléments de cette nature, alors il y aura, comme conséquence fatale,

une péritonite aiguë, et la mort surviendra rapidement si on ne fait pas l'ovariotomie. »

En terminant, nous citerons une phrase du Dr Cleeman, prononcée à la suite d'une observation que nous avons rapportée.

« La rupture d'un kyste ovarien n'est pas une chose très ordinaire, et quand elle arrive, le résultat n'est pas invariablement funeste. Dr Peaslee, dans son ouvrage sur les tumeurs ovariennes, en parlant de cet accident, cite le Dr Verneuil (Gazette hebdomadaire, n° 30, 1870), à cet effet (1).

M. Nepveu a rassemblé un certain nombre de cas, lesquels, en y ajoutant ceux déjà rapportés par le Dr Tilt, de Londres, fournissent un total de 97 cas. De ce nombre, 46 morts et 51 guérisons, plus ou moins complètes. Quelquefois, quoique rarement, la mort survenait subitement; dans d'autres cas, elle arrivait dans un court délai, par péritonite subaiguë; le plus souvent, elle eut lieu au bout de quelques jours. »

M. Verneuil aurait écrit ceci en 1870. En 1875, M. Nepveu publiait une nouvelle statistique, dans laquelle il donne un total de 155 cas, dont 127 de rupture dans la cavité péritonéale, et sur ces 127, 63 morts. En 1880, dans les « Mémoires de chirurgie » du même auteur, ce total remonte à 198, dont 132 dans la cavité péritonéale, et sur ces 132 cas, 64 morts. « Dans 25 observations, dit M. Nepveu, où j'ai pu trouver une désignation de la durée des accidents, j'ai trouvé 6 cas de mort subite... Dans 11 cas, la mort a été rapide (de 12 heures à 4 jours), et, dans le reste des 25 cas, la durée de la péritonite n'a pas dépassé 12 jours. »

(1) Cette indication est inexacte. Nous n'avons pas pu vérifier la citation.

Quénu (thèse 1881) a rapporté 11 cas de plus, parmi lesquels nous avons pris deux de nos observations, celles de Jenkins et de Cleeman. Il ne donne pas la mortalité.

En résumé, nous dirons, avec M. Nepveu, que « le pronostic des phénomènes qui suivent la rupture des kystes ovariens est grave. » Toutefois, ce pronostic est loin d'être désespéré, et il existe même des cas où cet accident s'est répété un nombre considérable de fois, sans apporter aucune atteinte sérieuse à la santé générale de la femme.

TRAITEMENT.

Nous arrivons enfin à la dernière partie de notre sujet : au traitement.

Jetons encore une fois un coup d'œil en arrière. Nous remonterons, cette fois-ci, plus loin que nous n'avons fait jusqu'ici, et nous écouterons, pour un instant, un de ces observateurs patients, d'autrefois, qui n'ont peut-être pas beaucoup à nous apprendre dans la matière, car leurs moyens d'investigation étaient bien inférieurs aux nôtres, et leurs appréciations, par conséquent, sont très défectueuses, vues à la lumière des connaissances,plus étendues et plus exactes, quoique encore imparfaites, que nous possédons aujourd'hui, mais à qui nous sommes heureux de rendre un hommage sympathique.

Il existe une si grande différence entre le traitement qu'on appliquait, dans les cas de rupture des kystes, au temps dont nous parlons, et nous avons tellement ajouté, depuis lors, aux secours que nous demandons à la chirurgie, qu'il nous a semblé, non pas sans un certain intérêt, de rapprocher de ce que nous aurons à dire des opinions

actuelles, sur la question de l'intervention opératoire, dans ces cas, une mention de celles qu'on enseignait à une époque, qui n'est pas, après tout, très éloignée.

Obs. XXXIV. — Hydropisie enkistée, guérie par accident. (Observation du docteur Bacher, in « Recherches snr les Hydropisies » de cet auteur. Paris, 1776, p. 352).

Une femme de vingt-quatre ans, d'nn tempérament sanguin et vif, éprouva des malaises et des foiblesses, dans le temps de ses règles ; depuis il survint des fleurs blanches. Peu après on aperçut nne tumenr au bas-ventre, qu'on prit d'abord ponr nne grossesse, mais les symptômes qui suivirent cette tumenr détruisirent l'illusion. Les parties supérieures maigrirent à mesure que l'enflure du ventre augmenta, les urines devinrent rares, le sommeil agité, et il survint fréqnemment des mouvemens convulsifs. On employa les martiaux les antiscorbutiques et les hydragognes. Et comme le mal empira, et qne l'étouffement étoit considérable, on fit la ponction par laquelle on retira qninze pintes d'eau de bonne qualité. On ne put reconnoître aucune tumeur après la paracentèse.

On ne différa point à revenir aux premiers remèdes, et trois mois après, à une seconde ponction, qui fut en peu de temps, suivie d'nn nonvel épanchement. Les règles reparoissaient dans leur temps, mais elles devenoient blanchâtres et visqueuses. Il survint des vomissemens, et les mouvemens convulsifs se rapprochèrent ; le ponls était tendu, et les urines rares et briquetées.

Consulté dans cet état, j'ai conseillé le petit-lait, les eaux de Bussang, la limonade et des bouillons de veau, préparés avec le jus d'nn orange et XII grains de sel d'absynthe, des lavemens, et surtout d'éviter l'usage des remèdes actifs. Ce régime indiqué diminua les accidens, l'appétit revint, le cours des urines se rétablit, et les mouvemens convulsifs étaient rares et très légers. L'enflure fit des progrès plus lents ; le volume du ventre étoit cependant parvenu à ce degré qni déterminoit la ponction, lorsque cette Dame fit une chute violente sur l'escalier : elle tomba snr son ventre ; mais d'ailleurs elle ne ressentit aucun mal que celui de la frayeur. Le lendemain de cette chute, il survint un flux d'urine presque conti-

nuel; le surlendemain il se modéra, mais il fut toujours abondant. L'enflure disparut bien sensiblement.

Le quatrième jour de cette chute, il survint de la fièvre; cependant l'enflure diminua, de manière qu'elle se dissipa entièrement, et depuis elle n'a pas reparu.

C'est ainsi que la chute, en procurant la rupture du kiste, a déterminé, par la voie des urines, l'évacuation des eaux épanchées, et que, par l'inflammation, la suppuration et la réunion des parois du kiste, qui ont suivi cet accident, il a disposé et déterminé la guérison de cette Hydropisie, que l'Art n'aurait jamais osé tenter.

Nous remarquons que Bacher admettait la rupture du kyste, et nous comprenons difficilement, ou pour mieux dire, pas du tout, comment Abernethy ait pu, dans un temps plus moderne, s'arrêter encore à l'idée de l'absorption par la membrane interne du kyste, effectuée instantanément, sous l'influence d'une émotion (1).

Mais nous ne nous contentons plus, aujourd'hui, de prescrire, comme traitement des kystes de l'ovaire ; « du petit lait, de la limonade, et des bouillons de veau, » et dans les cas de rupture de ces kystes, quoique les chirurgiens modernes espèrent encore beaucoup de cette Nature bienfaisante, ils sont moins disposés à livrer leur malades sans réserve à ses soins.

Voici ce que dit Barnes à cet égard (2) : « Les méthodes par lesquelles la nature ou l'accident accomplissent des

(1) Voyez note, page de cette thèse. Sur ce point Barnes s'exprime ainsi : « La membrane interne du kyste a le pouvoir de jeter du liquide dans sa cavité, avec une extrême facilité, mais il ne peut pas le faire en sens contraire. Aussi longtemps que le liquide reste à l'intérieur du kyste ovarien, il est soustrait à la possibilité d'absorption. Ceci paraît au moins démontré, par l'expérience clinique, jusqu'ici. » (Maladies des femmes, p. 392).

(2) Maladies des femmes, p. 428.

guérisons sont si incertaines, si imprévues, que l'attente de soulagement par ces méthodes ne peut pas influencer la conduite du chirurgien. La rupture, la perforation ou la torsion de la tumeur peuvent certainement amener une guérison, mais elles sont bien plus aptes à amener la mort ».

Quelques pages plus loin il parle ainsi : « Une question de la dernière importance est celle-ci ; à savoir comment il faut agir, dans un cas où le kyste s'est rupturé, ou a donné lieu à une effusion du sang, ou à une péritonite, ou enfin à de la septicémie. L'argument peut être indiqué de la manière suivante : Voici une malade qui se trouve menacée d'un danger imminent, par le shock, par l'irritation, et par la perte de sang qui accompagnent l'accident. Le shock peut-être considéré comme un coup porté contre les forces vitales. Nous ne pouvons pas diminuer l'effet immédiat de ce coup, mais nous pouvons, dans certains cas, où il y a quelque tendance dans l'organisme à réagir, être utile, en supprimant la cause de shock prolongé. Cette cause est constituée par l'irritation, exercée par le contenu du kyste, ou par le sang épanché sur le péritoine, laquelle irritation est bientôt suivie par l'inflammation. Il est vrai qu'il peut arriver que la patiente succombe, rapidement, au shock primitif, et que la pensée de tentative de soulagement, par opération soit ainsi anticipée et rendue inutile. Mais dans des cas qui ne sont pas rares, le premier shock ne tue pas. La malade arrivera, cependant, avec peine à traverser, sans y succomber, les dangers secondaires d'hémorrhagie, de péritonite ou de résorption septique, si on ne les arrête pas dans leur marche. L'opportunité d'une tentative opératoire dans ce sens est donc indiquée ».

Et encore une fois : « si le kyste s'est rupturé ou s'il a

donné lieu à une hémorrhagie ou à de la péritonite, il ne devrait pas y avoir d'hésitation à tenter l'enlèvement de la tumeur, qui constitue la source de danger immédiat. »

Nous voyons que, pour cet auteur, la rupture d'un kyste non seulement, ne constitue pas une contre-indication de l'ovariotomie, mais au contraire, l'indique, comme traitement à la fois préventif et remédial. D'autres chirurgiens partagent cette manière de penser. Voici comment s'exprime, à ce propos, sir Spencer Wells, dans son ouvrage déjà cité, sur les tumeurs de l'ovaire (page 74) :

Dans plusieurs de mes observations d'ovariotomie, dit-il, l'opération n'avait été faite qu'après la rupture du kyste, et après l'irruption de son contenu dans la cavité abdominale. On trouve le péritoine très rouge, épais, ramolli ou villeux et couvert, dans certains endroits, d'une lymphe peu adhérente. Cependant, les résultats ont été extraordinairement satisfaisants. L'irritation céda dès que l'on en eut supprimé la cause ; sans cela, la mort serait survenue au bout de pen de temps, car dans toutes les séries d'observations, la rupture a été suivie de tous les symptômes généraux et locaux d'une péritonite chronique généralisée. Dans ma dernière série de 500 ; il y a douze cas de rupture du kyste avant l'opération, et parmi eux il n'y a qu'un seul mort (2,4 pour 100). Dans tous les cas, la rupture du kyste, ou bien la réplétion du péritoine par un suintement qui se fait à travers l'orifice de ponction du kyste, n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie, mais bien plutôt une indication de la pratiquer sans retard. On a trouvé dans la cavité abdominale des liquides de toute nature : simples, sanguinolents et fétides ; les parois dn kyste ont présenté tous les degrés de dégénérescence ; on en a vues qui étaient presque noires, avec des ouvertures à bords déchiquetés ; le péritoine accusait toujours les mêmes signes d'un travail inflammatoire, quoique peut-être dans les cas mortels, on ait constaté un plus grand nombre de plaques de lymphe demi-organisée. Pour bien faire ressortir ce point de pathologie ovarienne, nous rapporterons quelques notes tirées de l'observation 200, qui est typique. Il s'agissait d'une malade que je vis en

1866 avec MM. Thomas Watson et Farre, qui était âgée de 37 ans, et mère de six enfants. J'avais déjà enlevé une tumeur ovarienne chez la fille d'une sœur de sa mère, et j'ai depuis enlevé également une tumeur de même nature, chez une fille d'une autre sœur de sa mère, ce qui représente, par conséquent, une série de trois cousines, filles de trois sœurs, dont aucune n'avait d'antécédents morbides, et peut être regardé comme un fait curieux dans la pathologie kystique (1). On reconnut une tumeur ovarienne avec cystocèle vaginale et on retira, par la ponction, 16 litres de liquide; le liquide s'étant rapidement reformé, j'enlevais le kyste deux mois après la ponction. La cavité péritonéale contenait 13 litres de liquide ovarien, et un kyste multiloculaire à parois minces, qui paraissait n'être qu'une hypertrophie des éléments constituants normaux de l'ovaire gauche. On enleva ce kyste. Son poids était de 2 livres.

Quand la cavité péritonéale fut bien épongée, le docteur Farre et moi, nous fûmes frappés de la rougeur intense de la séreuse. Elle était épaisse, molle, douce au toucher et ne portait aucune trace d'exsudat lymphatique; mais toute la portion de la séreuse qui recouvrait la paroi abdominale, les intestins et l'utérus était aussi rouge que si elle avait été injectée. Nous redoutâmes naturellement les effets de l'opération, du pansement ainsi que l'action de l'air sur la séreuse, aussi je fis de suite part de mes impressions à M. Watson. Il me dit : « Êtes-vous sûr d'avoir tout enlevé ? » « Absolument certain » lui répliquai-je, et il me répondit alors, avec un grand sens clinique : « Puisque la cause irritante est supprimée, il faut espérer que l'irritation cédera. » Et elle céda, en effet. Il n'y eut aucun symptôme fâcheux et la guérison fut com-

(1) A propos de cette remarque de sir Spencer Wells, nous citerons une phrase qu'on trouve dans une série d'articles par le Dr Tilt, intitulés : « On the rise, progress and various terminations of chronic ovarian tumours », publiés dans le Medical Times, 1850, t. II, p. 447.

« Nous avons quelques faits qui semblent prouver que cette maladie peut être héréditaire. Ainsi Meissner dit que Alt a perdu sa fille à l'âge de 10 ans, et qu'à l'autopsie on a trouvé une dégénérescence ovarienne, et Campbell (Midwifery, p. 176), dit qu'un de ses élèves lui avait communiqué l'observation d'un cas dans lequel neuf sœurs ont été toutes atteintes de maladie ovarienne. »

plète. Treize mois après l'opération, cette femme accouchait de son septième enfant, et depuis elle en a encore eu un autre. Parmi les occasions nombreuses où sir Thomas Watson a bien voulu me prêter l'appui de sa haute expérience, je ne me souviens pas d'avoir reçu des conseils pratiques plus importants que dans cette circonstance. J'y ai en recours encore bien souvent depuis, et chaque fois que j'ai pu enlever « la cause irritante », j'ai presque toujours constaté la disparition de l'irritation.

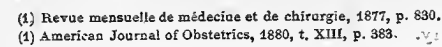
M. Knowsley Thornton nous a exprimé les mêmes opinions. Il nous a dit que, pour lui, loin d'être une contre-indication de l'ovariotomie, la péritonite, consécutive à la rupture, le déciderait à intervenir immédiatement.

Nous devons, cependant, faire une exception pour les cas où le kyste s'ouvre dans l'intestin. A propos de ceux-ci, le Dr Matthews Duncan parle ainsi :

« Quelquefois, quand la rupture a lieu dans l'intestin, l'ovariotomie ne peut pas être faite ; du moins, je ne connais pas de cas où elle a été pratiquée avec succès, ou même tentée, lorsqu'il existait une communication entre l'intestin et le kyste. Cette complication présente des difficultés dont la grande ingénuité de nos opérateurs n'a pas encore su triompher. »

Cependant M. Terrier, dans le travail déjà cité (1), semble admettre la possibilité de sa réussite dans certains cas. Nous n'avons pas rencontré d'observation de cas où l'ovariotomie ait été faite dans ces circonstances.

On peut observer la rupture des kystes même pendant la première enfance. Dans les « Transactions de la Société obstétricale de New-York », séance du 18 nov. 1879 (1), on trouve la mention d'une observation qui avait été présen-


(1) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1877, p. 830.
(1) American Journal of Obstetrics, 1880, t. XIII, p. 383.



tée à cette même Société, six ans auparavant, par le docteur Pooley, où il y avait eu rupture d'un kyste de l'ovaire chez une petite fille de 3 ans et 4 mois. Nous ne pensons pas qu'on puisse tenter une intervention active chez une si jeune malade. Il ne serait guère permis d'espérer que le petit sujet se remettrait du double choc. A un âge un peu plus avancé, cependant, l'ovariotomie a été pratiquée, en dehors de la rupture, par Sir Spencer Wells, avec succès, dans un cas de kyste dermoïde chez une petite fille de 8 ans. L'enfant guérit très rapidement, et elle prenait le bâteau, à Liverpool, pour retourner dans son pays, le vingt-cinquième jour après l'opération. Sir Spencer Wells ajoute que, au congrès de Londres en 1881, il apprit, par un médecin de San Francisco, qu'elle jouissait toujours d'une bonne santé.

La limite extrême dans l'autre sens, c'est-à-dire dans l'âge avancée, que nous avons trouvée, de cas d'ovariotomie, a été atteinte dans le cas d'une femme de 71 ans, dont l'histoire est rapportée par le Dr Penguet dans les « Transactions » de la Société de Pathologie de New-York, séance du 24 mai 1876 (New-York Medical Journal, tome 24, page 191). Dans ce cas il n'y avait pas eu de rupture. A la suite de l'opération il y eut une légère péritonite, mais le pouls ne dépassa jamais le chiffre de 90.

Voici un exemple de cas d'ovariotomie faite pendant le cours d'une péritonite. Il se trouve dans une observation, très intéressante, de M. le Dr Soller, de Lyon. Cette observation, très détaillée, a été publiée dans le « Lyon Médical » du 30 avril 1882. Nous avons pensé qu'il y aurait double intérêt à donner le résumé du cas, qui a été publié par M. le Dr Carry.

Obs. XXXV. — Rupture d'un kyste de l'ovaire. Ovariotomie pendant le cours de la péritonite consécutive. Guérison rapide. Rapport sur un mémoire de M. Soller, ayant pour titre : Observations recueillies à la Clinique des maladies des femmes de la Faculté de médecine de Lyon, pendant le semestre d'été de 1881, service de M. Laroyenne, par M. le Dr Carry. (Lyon médical, 25 juin 1882, p. 260).

M. Soller débute par deux observations de kystes ovariens. La première a trait à une ovariotomie faite avec succès, malgré la rupture du kyste et le développement d'une péritonite aiguë pendant l'opération.

Voici le cas : une femme de 49 ans, mère de six enfants, entre à la Charité, portant un kyste de l'ovaire tout à fait classique. On fait une ponction exploratrice : liquide très visqueux. Deux jours après, ovariotomie. Pendant le cours de l'opération, la malade vomit continuellement, d'où grandes difficultés ajoutées à une opération toujours fort laborieuse par elle-même. Cette complication, ceci soit dit en passant, est très commune dans l'anesthésie par l'éther, et devrait faire abandonner cet agent toutes les fois qu'on ouvre la cavité abdominale (1).

Une fois le péritoine ouvert, première surprise : sa cavité est pleine de liquide visqueux, le kyste s'est rompu. On enlève le kyste, on examine le péritoine, l'intestin ; autre surprise, il y a injection vive, piquetée ; fausses membranes ; bref, péritonite aiguë. L'opération s'achève sans autre incident : toilette minutieuse du péritoine, drains en fer-à-cheval à travers deux boutonnières faites dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Suture de la plaie abdomi-

(1) Dans sa préface à l'édition française de l'ouvrage de Spencer Wells sur les tumeurs de l'ovaire, M. le professeur Duplay, parle de la manière suivante, à ce propos (Préface, page 14) :

« Après avoir longtemps employé le chloroforme, et après divers essais dans le but de trouver un anesthésique ne déterminant pas de vomissements, M. Spencer Wells s'est arrêté au bichlorure de méthylène, dont il fait aujourd'hui un usage exclusif, et avec lequel il n'aurait presque jamais de vomissements. L'expérience nous manque pour juger la valeur de cet anesthésique, qui n'est guère employé en France. »

nale; est-ce y compris le pédicule? L'observation oublie de le dire (1). Suites très simples; à peine un peu de fièvre le huitième jour, et guérison complète en deux semaines.

C'est là un de ces cas sortant de la ligne ordinaire, et dont la publicité s'impose. Les classiques sont en défaut, ils nous ont appris comment l'on reconnait la rupture d'un kyste abdominal et la péritonite concomitante; dans le cas actuel aucun signe n'avait fait soupçonner l'existence de ces complications: de là l'étonnement du chirurgien et de l'entourage en les constatant au cours de l'opération. En face de faits de ce genre, où l'étrange joue un rôle, je suis d'avis qu'on ne saurait entrer dans trop de détails... N'était la péritonite, on serait tenté d'admettre que la rupture s'est faite pendant la première période de l'anesthésie, alors que la malade se livrait à des efforts violents et à des mouvements désordonnés.

L'auteur a fait des recherches bibliographiques à ce sujet, et n'a trouvé de renseignements que dans Spencer Wells, savoir: 24 cas d'ovariotomie où le kyste fut trouvé rompu, 5 seulement succombèrent, et un seul cas d'ovariotomie faite en pleine péritonite aiguë, quinze jours après une rupture et, du reste, avec succès.

La conduite à tenir en cas de rupture du kyste est le sujet d'un alinéa... M. Soller cite les partisans de l'expectative, les partisans de l'opération immédiate (1), et conclut en posant une règle simple et précise : faites une ponction; le liquide est-il toujours filant, contient-il du sang, du pus, opérez sans plus tarder. même s'il y a déjà péritonite aiguë, sinon mort fatale et prompte; est-il séreux, transparent, croisez-vous les bras, vous n'avez rien à craindre; bien mieux, le kyste va peut-être se guérir tout seul; cela s'est vu. Voilà une solution nette et bien déduite... Mais pour établir une règle de cette importance... il faut s'appuyer sur des observations nombreuses et probantes. »

(1) Ceci est une erreur; l'observation dit: « le pédicule étant laissé libre dans la cavité, on obture complètement la plaie abominale, etc. »

(1) « Blundel, Good Rigby, Crampton et Bright, recommandent la ponction immédiate de l'abdomen; d'autres gynécologistes conseillent l'expectation pure et simple; enfin Spencer Wells et Barnes se prononcent catégoriquement pour l'ovariotomie, afin, disent-ils, d'éviter le choc prolongé et d'empêcher la péritonite. »

Cette observation nous ramène à la question des ponctions exploratrices. Pour celles-ci, et pour le reste du traitement nous accepterions volontiers la conclusion formulée par M. Soller. Cette conclusiou nous semble ressortir de la manière la plus naturelle et la plus claire, de l'étude des observations que nous avous rapportées, et de beaucoup d'autres semblables. En effet, la ponction pourra seule nous éclairer, sur l'existence et l'étendne du danger, et sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Il y a des cas dans lesquels elle avertira le chirurgien de l'urgence de cette indication, et de la nécessité de procéder à « la suppression de la cause d'irritation » sans un instant de délai ; il y en a au contraire, d'autres, nous les avons rencontrés maintes fois dans le cours de cette étude, oùo n n'a rien à craindre du séjour du liquide kystique dans la cavité abdominale, et daus ces cas il nous semble qu'on devrait s'abstenir et attendre. Il ne faut pas perdre de vue l'extrême gravité de cette opération de l'ovariotomie, gravité qui subsiste toujours, malgré les succès nombreux et brillants qu'elle a enregistrés. Ecoutons, à ce propos, un ovariotomiste expérimenté et habile, le Dr Peaslee, de New-York (1).

« S'il s'agit d'un cas, dit-il, qui ne présente pas de complications, l'ovariotomie est une des plus simples de toutes les opérations chirurgicales. D'un autre côté, si ces complications existent à nn haut degré de développement, elle est l'opération la plns difficile et la plus formidable que le chirurgieu ait jamais entreprise. Et l'opérateur le plus expérimenté ne peut déterminer avec certitude, d'avance,

(1) « Ovarian tumours, their pathology, diagnosis and treatment, especially by ovariotomy », par le Dr Peaslee (éd. 1873, p. 260).

s'il a affaire à un cas simple ou à un cas compliqué. Là où il ne s'était pas attendu à rencontrer des difficultés, il se peut qu'il trouve un état de choses tel, qu'il lui faudra tout son sang-froid, toute sa présence d'esprit et toute sa prudence, pour en sortir sans laisser sa malade morte sur la table. Je puis affirmer que l'ovariotomie exige, quelquefois, une somme plus grande de toutes ces qualités, et plus de soins et de jugement dans le traitement consécutif, qu'aucun autre acte d'intervention chirurgicale que j'ai jamais tenté, quoique, pendant dix-sept ans de ma vie professionnelle, je pratiquais fréquemment toutes les grandes opérations. »

Nous n'ignorons pas que, d'une manière générale, tout le monde n'accepte pas les ponctions exploratrices. Nous avons rencontré les opinions de toutes les nuances, et même diamétralement opposées, sur ce sujet. Mais la discussion se rapporte moins à des cas de rupture, où il existe des conditions spéciales, qu'à la question de la ponction abdominale en général, et nous nous bornerons à rappeler, à ce propos, les paroles de M. le professeur Duplay (1).

Relativement à la ponction, j'ai dit que M. Spencer Wells s'en montrait partisan, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen thérapeutique. Stilling prétendait que *la ponction était un crime*, et, sans aller aussi loin, d'autres chirurgiens la proscrivent parce qu'elle provoque la formation d'adhérences, ou d'autres états qui viennent augmenter les dangers consécutifs de l'ovariotomie.

Je ne cesse de lutter, depuis plusieurs années, contre de semblables erreurs, et je serais tenté de dire, contrairement à Stilling, que ceux qui négligent de faire une ponction préalable, avant tout

(1) Tumeurs de l'ovaire, par Spencer Wells, traduction française avec une préface par M. le professeur Duplay. Cette citation se trouve à la page 11 de la préface.

autre opération, commettent sinon un crime, du moins une faute grave. Au point de vue du diagnostic, la ponction fournit des renseignements sur la présence ou l'absence du liquide, sur la nature de celui-ci; en diminuant le volume de la tumeur, elle permet, souvent, d'acquérir des notions plus précises, sur ses connexions avec les organes voisins. Au point de vue thérapeutique, on sait qu'elle peut suffire à amener la guérison de certains kystes uniloculaires, le plus souvent extra-ovariens. Enfin, elle peut être un prélude très utile pour l'ovariotomie, en améliorant l'état général des malades; la diminution du volume du ventre, et de la pression intra-abdominale, amenant la disparition de l'albumine contenue dans l'urine, permettant une hématose plus complète, et rendant plus facile la digestion. Chez plusieurs malades atteintes de tumeurs abdominales énormes, j'ai vu l'état général s'améliorer notablement, à la suite d'une ponction pratiquée quelque temps avant l'ovariotomie, et je ne doute pas que ce ne soit grâce à cette petite opération préliminaire, que ces malades ont pu supporter, avec succès, les suites de la seconde opération.

Ces diverses considérations, que j'ai développées ailleurs à diverses reprises, sont présentées par M. Spencer Wells avec toute sa compétence, en même temps qu'il fait justice des craintes exagérées relatives, soit aux dangers que la ponction peut faire courir par elle-même aux malades, soit à la formation possible d'adhérences, à la suite de cette ponction. Pour ma part, je n'ai jamais vu d'accidents, quoique j'aie pratiqué plus de cent ponctions, et je pense qu'en se servant de fins trocarts aspirateurs, les adhérences qui peuvent se produire sont sans aucune importance. L'innocuité absolue des appareils aspirateurs est tellement évidente, que je ne puis m'empêcher de manifester mon étonnement de voir M. Spencer Wells préférer le trocart ordinaire, ou du moins un trocart particulier qui agit sans appareil aspirateur.

Mais nous sortons de notre sujet; nous laisserons là cette question. En ce qui nous concerne, c'est-à-dire dans le diagnostic de la nature des liquides kystiques, épanchés dans la cavité péritonéale, à la suite de la rupture des kystes, il y aurait probablement une moins grande diver-

gence d'opinions. Il nous paraît démontré que dans ce cas, la ponction exploratrice est utile et même indispensable.

En terminant, et pour résumer notre travail, nous dirons que, la rupture des kystes de l'ovaire est un phénoméne pathologique relativement rare, dont les effets, sur l'organisme de la femme, présentent des degrés variables de gravité, dépendant dans une très grande mesure, sinon entièrement, de la nature, également variable, des parties solides et liquides de ces tumeurs. Les indications thérapeutiques sont en même temps, et dans le même degré, modifiées suivant les circonstances, et peuvent imposer, dans des cas déterminés, l'abstention complète, tandis que dans d'autres, au contraire, elles commandent, de la manière la plus impérieuse, l'intervention chirurgicale énergique et immédiate. Cette intervention, dans la grande majorité des cas, même dans des circonstances les plus défavorables, écartera le danger et sauvera la femme d'un péril grave et imminent.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — De l'appareil de la respiration.

Physiologie. — De la digestion stomacale.

Physique. — Du microscope.

Chimie. — Théories sur la constitution des sels; action des sels les uns sur les autres; lois de Berthollet, de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des helminthes qui habitent le corps de l'homme.

Pathologie externe. — Des signes physiques des fractures.

Pathologie interne. — Du goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Du mal de Bright.

Médecine opératoire. — Des conditions qui peuvent rendre plus difficile l'opération de la hernie étranglée.

Pharmacologie. — Des préparations opiacées.

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

Accouchements. — Insertion vicieuse du placenta.

Vu, le président de la thèse,
TRÉLAT.

Vu, bon et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
GREARD.